FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1967

THÈSE

n° 525

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Monique ROBE
née le 16 janvier 1938 à AUTHIE (Calvados)
Externe des Hôpitaux de Paris

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

TROUBLES DU COMPORTEMENT LIES AU REJET MATERNEL CHEZ DES ENFANTS DE 3 A 7 ANS D'INTELLIGENCE NORMALE

Président : M. LAUNAY, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1967

THÈSE

n°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Monique ROBE

née le 16 janvier 1938 à AUTHIE (Calvados)

Externe des Hôpitaux de Paris

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

TROUBLES DU COMPORTEMENT LIES AU REJET MATERNEL CHEZ DES ENFANTS DE 3 A 7 ANS D'INTELLIGENCE NORMALE

Président : M. LAUNAY, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

15/1/1967

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (Mlle J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Georges BROUET.

1er ASSESSEUR . . . . . Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR . . . . . Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
—	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
— —	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
	SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)
	GOUGEROT (L.)
	ROUCAYROL (J.-Cl.)
	TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique carcinologique		DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)		LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	BAUMANN (J.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)		PADOVANI (P.)
— — — (Beaujon)		CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	N...
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	CONTE (M.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BROUET (G.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)	SÈZE (S. de)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique (F. Widal)	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CAROLI (J.)
	DREYFUS (B.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F
	WORMS (R.)
Néphrologie	RICHET (G.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM
Anatomie pathologique	GOUYSOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (S.)

	MM.
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Mademoiselle S. STORME

A mes Parents

A mes Amis.

A Monsieur le Professeur Clément LAUNAY,

qui a bien voulu me confier ce travail et me fait l'honneur de présider cette thèse.

Avec toute ma reconnaissance pour l'enseignement et les conseils que j'ai reçus auprès de lui.

A mes Maîtres d'Externat :

Monsieur le Professeur J. PATEL

Monsieur le Docteur MOUSSOIR

Monsieur le Docteur EVEN

Monsieur le Docteur SEE

Monsieur le Professeur MOLLARET

Monsieur le Professeur TURPIN

Monsieur le Professeur Clément LAUNAY.

INTRODUCTION

A - Le développement psycho-affectif de l'enfant dans des conditions de vie normales :

Vers 1950, les travaux de SPITZ et WOLF ont été un véritable cri d'alarme en attirant l'attention de tous ceux qui s'occupaient des enfants placés sur "l'hospitalisme" ou la "carence" affective" ou "carence des soins maternels", ces derniers termes englobant des réalités plus larges que le premier.

Pourquoi a-t-on tant tardé à s'apercevoir de ces carences ? Parce que jusque là l'attention prêtée aux collectivités de nourrissons, aux nourrissons élevés dans leur foyer, avait été absorbée par la création d'alimentation meilleure et par la lutte contre les maladies contagieuses, les infections. Toutes les nouvelles techniques ont réduit à un taux infime la mortalité infantile.

De ce fait, les retards psycho-moteurs ont pu retenir l'attention. Des observations furent faites et elles ont coïncidé avec les travaux des neuro-psychiatres sur l'importance des chocs affectifs dans la production des troubles du comportement du nourrisson et du jeune enfant, et sur leur retentissement possible chez l'adolescent et l'adulte. En France, dès 1943, le docteur Clément LAUNAY a mis l'accent sur le retard et la régression affective dans la première enfance. Plus tard Madame le Docteur AUBRY fait une importante monographie sur les "cas graves de carences maternelles". Il faut citer également les travaux du Professeur HEUYER au sujet de la délinquance juvénile. L'importance de la présence maternelle et les troubles produits par sa carence sont apparus en pleine lumière.

Avant de rapporter nos observations, nous allons donner un aperçu succinct des soins maternels "normaux", rappeler en quoi ils consistent et en quoi ils sont

tellement indispensables à la structuration du moi affectif et du moi intellectuel, bref de la personne.

Nous examinerons donc la relation adulte-enfant, et plus particulièrement mère-enfant avec ses stades successifs, la mère étant la femme qui prend soin de l'enfant quelle que soit sa parenté avec lui.

Dans le développement psycho-moteur de l'enfant il,faut sans cesse avoir à l'esprit les deux composantes : la nature de l'enfant, le rôle du milieu.

I - LA NATURE DE L'ENFANT AVEC SES DEUX ELEMENTS

a) Sa qualité neuro-psychique constitutionnelle. "Il y a très probablement chez chaque être une certaine constitution physico-chimique du cerveau et le diapason des futures potentialités est limité par ces propriétés" (KOUPERNIC).

b) La composante temporelle qui est le stade de maturation neuro-psychique où il se trouve à un moment donné. Cette élaboration a un rythme variable d'un sujet à l'autre.

GESELL y a beaucoup insisté : une aptitude nouvelle ne peut être acquise que si l'organisme est physiologiquement prêt pour elle.

II - LE ROLE DU MILIEU

Si le milieu est neutre et n'offre à l'enfant aucun stimulus qui mette en jeu ses antennes sensori-motrices et ses analyseurs, il n'y a aucun enrichissement possible, il y a stagnation du développement psycho-moteur. C'est le contact avec le milieu, les expériences, les apprentissages qui créent des circuits fonctionnels cérébraux de plus en plus fins permettant des acquisitions nouvelles, l'ascension à la "découverte du monde".

De même pour les personnages, les pulsions affectives du nourrisson doivent pouvoir se cristalliser sur des personnes réelles afin que le petit enfant puisse s'attacher, apprendre à aimer. Ces premières leçons, ces premières expériences restent des biens acquis pour toute l'existence.

Entrons dans le domaine concret du développement :

1 - Le premier stade du nouveau-né est le stade viscéral. Jusqu'à six semaines il est celui où toutes les relations se font dans "l'esapce maternel" (enfant calé contre de corps de sa mère, nourri par elle au sein ou au biberon) par le contact direct de la bouche, de la peau, des muqueuses.

Vers deux mois et demi environ, le sourire, tout d'abord, simple réaction instinctive, devient le signal de reconnaissance joyeuse du visage humain : l'enfant de trois mois répond par un sourire au visage de l'adulte qui lui sourit. Bientôt il y a un conditionnement où le sourire du visage maternel, promesse de satisfactions digestives, conditionne véritablement l'enfant qui répond par un sourire. Mais pour que ce conditionnement puisse se réaliser il faut des conditions de stabilité dans le rite des soins de l'enfant : non que l'enfant reconnaisse à cet âge le visage de sa mère : non, on le sait pendant une grande partie du premier semestre, le bébé sourit à tout le monde, le visage humain représente pour lui sa mère, c'est-à-dire tout le confort qu'il reçoit. Mais la connaissance par le contact est réelle, le bébé perçoit les différentes façons de donner le biberon, d'être langé, dorlotté : tout changement le perturbe.

C'est seulement vers 7 ou 8 mois que le nourrisson voyant s'approcher l'adulte, manifeste par sa joie et son sourire qu'il reconnaît sa mère, ou si ce n'est pas elle, reste immobile, parfois tendu et inquiet. SPITZ insiste beaucoup sur ce "stade des 8 mois" auquel il assigne une place particulière : se situant dans la période des grandes acquisitions psycho-motrices (achèvement des qualités perceptives, préhension des objets, aptitude à se tenir assis et à explorer le voisinage) cette attitude en présence de l'adulte est un fait nouveau, elle marque le début de l'inquiétude liée au sentiment d'insécurité. Cet âge semble bien indiquer le moment à partir duquel la séparation de l'enfant d'avec sa mère peut devenir angoissante. Sans doute l'enfant accepte-t-il d'autres personnes que sa mère mais en général seulement si elles s'approchent de lui en même temps qu'elle et si, se faisant connaître et reconnaître de lui, elles prennent soin de lui. Le nourrisson fait la différence entre le moi et le non-moi au point de vue psychanalitique.

2 - Le stade de la deuxième année est marqué par deux grandes acquisitions : la marche et le langage. Là encore, outre l'affection sécurisante et stimulante, il faut l'apprentissage à l'enfant. Qui ne sait le retard de la marche chez des enfants parfaitement normaux mais confinés au berceau pour libérer une maman débordée et l'émotion, la joie des premiers pas pour la maman qui s'occupe du bébé : ce triomphe est ressenti par le couple mère-enfant. Et qui ne sait le retard de la parole chez les bébés auxquels on ne parle pas : ce murmure un peu bêtifiant des mères, ce "bain de paroles" est une source de plaisir pour les deux et un entraînement au langage.

Du point de vue psychanalytique, cette deuxième année représente le stade sadico-anal. C'est l'âge de l'acquisition de la propreté. Les psychanalystes lui attribuent une très grande importance. Jusque là, pendant le stade oral, il s'agissait surtout pour bébé de satisfactions immédiates : satisfactions alimentaires surtout dans de bonnes ou mauvaises conditions et des premiers aspects de l' agressivité ; d'une manière active, la morsure, d'une manière passive : l'inertie : refus, rejet. Mais dans la deuxième année, il y a un très gros progrès affectif ; le prototype des sublimations.

Notons tout d'abord que le contrôle sphinctérien exige un certain niveau de maturation. La mère va entraîner l'enfant à la propreté : celle-ci n'est pas spontanée. A l'inverse, l'élimination des excréments est pour l'enfant un plaisir dont il est devenu le maître du fait de sa maturation nerveuse. Il comprendra le plaisir qu'il procure à sa mère en ce qu'ils (les excréments) sont le témoignage d'une bonne alimentation, d'une bonne santé et en même temps d'une bonne discipline. L'enfant découvre aussi la notion de son pouvoir, de sa propriété privée : ses selles qu'il donne ou non, il va donc abandonner une partie de ses satisfactions pour obtenir une plus grande sécurité, c'est-à-dire la satisfaction de faire plaisir à sa mère : c'est le prototype même des sublimations futures.

Cette discipline sphinctérienne sera sûrement retardée si elle n'est pas conçue par amour. Les psychanalystes insistent beaucoup sur cet apprentissage car il est vrai que c'est aussi pour l'enfant la découverte d'une situation d'ambivalence. L'enfant peut à la fois être content de s'être souillé et malheureux de sentir sa mère mécontente.

3 - Entre 2 et 3 ans l'enfant traverse une crise physiologique de son développement : celle où il prend conscience de sa personnalité. Si on le considère comme un grand, il se réfugie comme un bébé dans les jupes maternelles en se sentant abandonné si on le traite en tout petit, il tient à imposer bruyamment sa force, ses désirs.

Après 3 ans, c'est le stade du narcissisme et de l'imitation. En général l'enfant est facile.

4 - Cependant le stade de 3 à 5 ans (stade oedipien) a une grande importance pour l'évolution affective ultérieure de l'enfant. Au terme de cette période, le garçon doit s'orienter vers l'identification à son père, la fille vers l'identification à sa mère. Encore faut-il que ces enfants aient auprès d'eux ces schémas adultes.

Donc, jusqu'à 4 ans, toutes les acquisitions de l'enfant sont inextricablement associées à la présence de la mère, première initiatrice de la préhension, de la locomotion, de l'usage des aobjets, des jouets et de façon très évidente en ce qui concerne le langage et la propreté. Ce n'est pas qu'un apprentissage, c'est une stimulation affective de part et d'autre. L'enfant a besoin de sentir qu'il est l'objet de plaisir et de fierté pour sa mère et celle-ci a besoin de sentir un enrichissement de sa personnalité à travers celle de son enfant : l'un et l'autre ont besoin de se sentir intimement identifiés. C'est comme le dit SPITZ : "une inter-action constante où chacun des deux amène les réponses de l'autre". Cette situation affective continuelle est ce qu'on a toujours appelé purement et simplement l'amour maternel.

Dans tout ce qui vien d'être dit, il ne faut pas minimiser le rôle du père. Maurice POROT a écrit un article intitulé : "le père est-il encore nécessaire ? " Bien sûr, le père est nécessaire : il représente la sécurité du foyer, son bonheur par l'épanouissement de la femme, l'autorité du foyer, la virilité à laquelle le garçon doit s'identifier après avoir surmonté le conflit temporaire hostilité-admiration et auprès duquel la fille apprend à se détacher de sa mère. La présence et l'action du père sont indispensables à l'évolution normale des enfants. Les services que les parents leur rendent semblent si naturels que leur énorme importance est oubliée. Pour BOWLBY : "il n'est pas d'autres rapports humains où des êtres se placent sous la dépendance d'autres êtres de façon aussi inconditionnelle et aussi continue".

B - DEFINITION DU REJET MATERNEL

Qu'est-ce que le rejet maternel ? Pour SPITZ "l'attitude maternelle dans ce syndrome consiste en une réjection globale de la maternité, c'est-à-dire de la grossesse et de l'enfant, probablement aussi de l'acte sexuel". Au tout début le rejet n'est pas exprimé envers l'enfant en tant qu'individu mais au fait d'avoir un enfant. Petit à petit, la personnalité de l'enfant s'affermit et l'hostilité maternelle entre en conflit avec elle. Les relations normales affectives ne s'établissent pas et le développement de l'enfant s'en trouve gravement perturbé.

Le rejet maternel est aussi le refus conscient ou inconscient du don de la mère pour son enfant ou pour l'un de ses enfants et par le fait même le refus de l'existence de celui-ci qui aboutit au rejet spectaculaire défrayant trop souvent la chronique journalière dans la rubrique : parents dénaturés, infanticides, enfants maltraités par une mère indigne, etc...

Mais il est une autre forme de rejet et qui nous intéresse plus particulièrement c'est le comportement semi-rejetant d'une mère pleine de sollicitude à l'égard de son enfant, tyran familial, agressif, indésirable à l'école. Ce n'est qu'après plusieurs entretiens que le rejet est mis en évidence. C'est un rejet profond souvent inconscient qui certes n'est jamais total et que compense une attitude anxieuse hyperprotectrice Cette ambivalence maternelle peut être la cause de perturbations graves chez l'enfant allant du blocage affectif avec éléments dépressifs, jusqu'à l'excitation grave avec difficultés d'adaptation sociale, refus de travail scolaire, comportement régressif de toute sorte.

Bien sûr on sait bien que la venue d'un nième enfant dans un foyer normalement constitué n'est pas toujours source de joie. Aux premiers moments d'angoisse succède souvent une acceptation très positive grâce à l'attitude de l'entourage en particulier. Mais si nous considérons des grossesses non désirées se passant continuellement dans la solitude totale, sans soutien d'aucune sorte (en particulier chez les femmes célibataires) il est à craindre que la femme ne persévère dans son hostilité envers le futur enfant. C'est dans ces conditions que souvent elle parvient à faire interrompre sa grossesse par un avortement provoqué.

Beaucoup d'études ont été faites chez les pères et mères qui désiraient l'avortement, mais peu d'auteurs se sont intéressés à l'étude de la personne en cause, en l'occurence l'enfant non désiré.

AREN et AMARK en I957 ont rapporté que I2 enfants sur I62 enfants non désirés avaient été abandonnés ou adoptés. MALMFORS en I96I en rapporte 7 cas sur 85. Ces auteurs ne disent rien d'autre sur l'avenir de ces enfants, d'autant plus que les statistiques ont été faites quand les enfants étaient âgés de 3 à 4 ans.

En Décembre I964, le problème de l'avortement légal fut étudié très sérieusement dans THE LANCET aux U.S.A. et les auteurs (TREGOLD et UHRUS) suggéraient des études approfondies sur le devenir de ces enfants non désirés. HANS FORSSMAN et INGA THUWE ont précisément entrepris un travail très important. Ils ont suivi jusqu'à l'âge de 21 ans 120 enfants nés de femmes qui avaient demandé l'avortement thérapeutique et n'avaient pas obtenu le consentement administratif, les causes psychiatriques qu'elles invoquaient ne paraissant pas suffisantes. Sur I96 demandes, 68 femmes ont avorté spontanément ou d'une façon illégale. Les auteurs ont pris comme sujets témoins 120 enfants nés à la même époque (c'est-à-dire pendant les années I939-I94I inclue), appartenant au même niveau socio-économique, habitant la même ville (GOTEBORD en Suède) et pour qui les parents n'avaient pas demandé l'avortement.

Le but de cette étude fut de déterminer la santé mentale, le statut social et le niveau intellectuel des "enfants non désirés".

Voici, dans les tableaux ci-après, les différents facteurs étudiés et le nombre d'enfants intéressant ces facteurs dans les deux catégories/

Facteurs	Enfants non désirés	Groupe témoin
Age de la mère	moyenne 30 ans	moyenne 28 ans
Facteurs sociaux	pas de différence	
<u>Enfance perturbée</u>		
Mauvaises conditions à la maison Entraide sociale	17	6
Enfants retirés du foyer par les autorités	2	0

Facteurs	Enfants non désirés		Groupe témoin	
Placement nourricier	19		4	
Home d'enfants	30		10	
Parents divorcés avant que l'enfant ait I5 ans	23	60	13	22
Parents décédés avant que l'enfant ait I5 ans	10		5	
Enfants nés hors mariage et jamais légitimés	27		4	
Enfants nés hors mariage	32 (1)		9 (2)	

(1) - 5 mariages quand l'enfant est âgé de 2 à 24 mois et
- 7 adoptions

(2) - 5 mariages et 0 adoption

	Enfants non désirés			Sujets témoins			
	nombre étudiés	nombre de cas	%	nombre étudiés	nombre de cas	%	signification
Consultation psychiatrique	120	34	28,3%	120	18	15	+
- enfants suivis régulièrement		29					
- hospitalisation		2					
Délinquance enregistrée	120	22	18,3%	120	10	8,3	+
Crime enregistré	120	10	8,3	120	3	2,5	+
Alcoolisme	120	19 dont 2 filles	15,8	120	13 garçons	10,8	
Recours à l'assistance publique entre I6 et 21 ans	120	17	14,2	120	3	2,5	++
Scolarité anormale et enfants inscolarisables	120	13	10,8	120	6	5	
Scolarité normale + études supérieures	120	17	14,2	120	40	33,3	+++
Scolarité à conditions sociales homogènes pour les 2 séries	77	10	13	77	21	27,3	+

	Enfants non désirés			Sujets témoins			
	nombre étudiés	nombre de cas	%	nombre étudiés	nombre de cas	%	signification
Sujets du groupe social III	95	5	5,3	84	I7	20,2	++
Sujets des groupes I et II	25	11	44	36	28	77,8	++
Exemption du service militaire	66	10	15,2	66	4	6,7	
Mariages	120	20 dont I7 f et 3 g		120	14 dont 9 f et 5 g		
Divorces		2 f			0		
Maternités	54	14 dont 4 hors mariage		54	7 dont 3 hors mariage		

Les données statistiques font, on le voit, très nettement apparaître le risque élevé que courent les enfants non désirés en comparaison avec le risque moindre chez les sujets témoins.

Le nombre des enfants ne présentant aucun des facteurs étudiés est significatif : en effet il est de 58 (48,3 %) chez les enfants "non désirés" et de 82 (68,3 %) chez les sujets témoins.

II - NOTRE TRAVAIL

Nous rapportons I8 observations d'enfants d'intelligence normale examinés pour la première fois entre 3 et 7 ans et suivis pour la plupart pendant plusieurs années. Tous ces enfants ont été admis en Pédo-Psychiatrie pour les troubles du comportement et de la personnalité dûs à une réjection maternelle plus ou moins formelle. Les mères ont été également examinées et suivies: leur comportement, leur persistance à vouloir à tout prix placer l'enfant, leur désintéressement vis-à-vis de ce dernier pendant plusieurs années permettent de parler d'attitude rejetante dont l'importance est de premier ordre dans la génèse des troubles des enfants observés.

Nous divisons nos observations en 3 parties :

A - Notions de grossesse non désirée

B - L'enfant est placé dès sa naissance sans que nous ayons la notion de grossesse non désirée.

C - L'enfant subit une séparation familiale dans la Ière ou 2ème année. Il semble que le rejet maternel soit secondaire à cette séparation.

A la lumière de ces observations, nous étudierons :

1°) Le milieu familial et l'attitude de la mère en particulier;

2°) Le comportement de l'enfant en nous rapportant aux ouvrages consacrés aux enfants privés de soins maternels.

A - GROSSESSES NON DESIREES

Observation 1

Cécile T... 2 ans IO mois est conduite par sa mère à la consultation pour d'importants troubles du comportement :

- anorexie
- troubles du sommeil avec cauchemars, agitation
- colères.

Elle est la seconde d'une fratrie de 2; sa soeur aînée, 5 ans, a toujours été placée en Internat sous le prétexte d'un eczéma rebelle. Elle est depuis trois mois à San-Salvadour, ne séjourne que quelques jours au foyer de ses parents entre deux placements.

Le père, 30 ans, monteur en chauffage central, se présente comme un homme très anxieux, inhibé, avec de nombreux tics du visage. Contact très difficile.

La mère, 32 ans, ne travaille pas, se dit en congè de maladie de longue durée pour un eczéma permanent. Extrêmement centrée sur sa personne, sur sa maladie peu affective, souhaite vivement le placement des enfants qui lui permet de s'occuper d'elle plus facilement :

- il ne lui aurait pas fallu d'enfants
- il ne faut pas qu'elle lave
- il ne faut pas qu'elle se fatigue
- elle a besoin de sommeil, de repos... sinon la maladie reprend
- si Cécile était propre, calme, si elle mangeait bien, alors bien sûr elle pourrait l'avoir avec elle.

Madame T... accepte l'hospitalisation dans l'espoir qu'un placement s'ensuivra.

Il faut dire que Cécile a subi un placement de 4 mois dans l'Isère. Les troubles ont commencé quelques semaines après son retour au foyer.

Cécile est de taille normale, 92 cm mais ne pèse que 12 kilos. Examen somatique normal. L'anamnèse rapporte :

- grossesse et accouchement normaux
- retard de la marche : n'a marché qu'à 2 ans
- propreté non acquise.

Dans le service, Cécile s'adapte en quelques jours, s'attache rapidement à l'éducatrice dont elle réclame beaucoup d'affection. Pas de troubles de caractère proprement dits en dehors d'une opposition se révélant surtout lors des activités.

Joue un peu avec les autres enfants mais sait se défendre quand il le faut.

Bon sommeil. Enurésie nocturne intermittente. Pas d'encoprésie. Mais des difficultés persistent sur le plan alimentaire.

Bon QI à 105. Cécile est coopérante aux gestes précis bien coordonnés. Langage normal.

Il s'agit bien de troubles du comportement en liaison directe avec une perturbation du lien mère-enfant : la mère égocentrique, peu chaleureuse, préoccupée par sa "maladie". Les enfants sont "une charge écrasante" et un obstacle à la guérison d'un eczéma rebelle.

En raison des difficultés de contact et de compréhension rencontrées avec la mère, nous ne pouvions être optimistes sur l'avenir de l'enfant. Cela se confirma très vite. Les parents devaient reprendre Cécile afin de voir si les progrès acquis se maintiendraient dans le milieu familial. Deux mois après elle est revenue dans le service pour les mêmes troubles.

Elle est placée au GRACALOU où elle s'adapte bien.

Observation 2

Philippe L..., 6 ans, nous est envoyé par le Centre Psycho-Pédagogique d'une ville de province pour des troubles du comportement ; colères violentes, agressivité, échec scolaire global.

C'est le dernier d'une fratrie de six. Les trois aînés ne posent pas de problèmes, ils fréquentent l'Université ou une grande école. Les deux autres suivent leur classe secondaire. Mais Philippe ne s'intègre ni dans le milieu familial ni dans le milieu scolaire.

Les parents exercent tous les deux des professions libérales et jouissent d'une certaine réputation régionale. Le père en dehors de son travail fait de la politique. Très occupé, il délaisse ses enfants, Philippe en particulier.

Après une grossesse normale non désirée, Philippe est né au terme de 7 mois ½ Accouchement normal. La mère fut franchement déçue d'avoir un garçon, elle n'a qu'une fille âgée actuellement de II ans. L'anamnèse rapporte un retard psycho-moteur :

- premier sourire à 7 mois
- marche à 22 mois
- premiers mots vers 2 ans
- propreté acquise à 4 ans ½.

1°) Dès sa naissance, l'enfant est séparé de sa mère sous le prétexte d'une contagion éventuelle de coqueluche. Madame La... le place en pouponnière réservée aux enfants malheureux de la région. Les parents le visitent une fois tous les I5 jours ; la mère nous dit avoir eu l'impression de voir un petit animal immobile ne souriant pas.

2°) A 7 mois il revient au foyer. La mère très prise par sa profession ne peut s'occuper de lui; elle le confie à une employée espagnole remplacée plusieurs fois en 3 ans car l'enfant a des troubles du sommeil (endormissement long, cauchemars), réclame toujours sa mère, accumule les bétises, il est sale.

3°) Deuxième séparation familiale pendant 4 mois dans un home d'enfants (dans l'Isère) déclenchant un épisode anorectique.

- La mère le reprend au foyer, les troubles du comportement ne s'améliorent pas. Agressivité. Colères. Refuse toute frustration.

- A 4 ans ½ il est propre, fréquente la maternelle, s'y adapte bien malgré une certaine indiscipline.

- Troisième séparation pendant l'été I964. La famille part en Espagne et confie l'enfant à la grand'mère.

- Nouveau séjour dans un home d'enfants de Décembre I964 à février I965.

5°) Puis il est recueilli pendant l'été I965 chez les parents d'une employée qu'il aime bien. Bonne adaptation dans ce nouveau foyer : le mari cantonnier mais retraité à cause d'une maladie cardiaque a beaucoup d'autorité sur Philippe. Les quatre enfants du ménage l'acceptent bien.

En octobre I965 la réadaptation familiale et scolaire s'avère impossible. Philippe, coléreux, violent, agressif, réclame sa famille adoptive très souvent.

Il y retourne en avril I966, fréquente l'école du village avec les enfants du ménage, il s'habitue bien. Chaque dimanche il passe quelques heures au foyer familial mais dès 7 heures il chaparde divers objets pour les offrir à ses petits amis (les enfants du ménage), il ne veut à aucun prix dormir chez lui. Son père le terrorise il évite de le rencontrer. Dernièrement Madame La... a essayé de reprendre son fils tyran familial. Personne ne peut plus le supporter. "Il doit être placé dans un Internat car la vie au foyer n'est plus possible". (Paroles de la mère).

Dans le service (où il a passé 20 jours) l'évolution nette de son comportement confirme s'il en était besoin la réalité et l'importance des perturbations affectives de cet enfant. Au début il manifeste une violente agressivité, veut obtenir de suite tout ce qu'il désire n'accepte aucune contrainte, ne montre qu'indifférence vis-à-vis des autres enfants. Captatif envers l'adulte il ne supporte pas que l'éducatrice s'occupe des autres enfants.

A la fin de son séjour, il s'intéresse à tout ce qu'il fait, commence à acquérir une certaine autonomie (s'habille tout seul), participe aux jeux collectifs L'annonce de son départ donne lieu à une certaine régression: redevient lent et insolent.

L'hypothèse d'une structure psychotique ou para-psychotique semble devoir être éliminée. Par contre on peut se demander si la prématurité n'a pas entraîné le retard psycho-moteur et l'instabilité habituelle comme on le rencontre souvent chez les prématurés. Au test Borel Maisonny, on trouve un âge mental de 4 ans 6 mois pour un âge réel de 6 ans. Retard de langage : mots déformés, phrases très courtes, parle de lui à la troisième personne.

Personnage maternel

Il s'agit d'une femme de 46 ans très déçue d'avoir eu un garçon après une grossesse non désirée. Cela explique mais en partie seulement, les attitudes de rejet

vis-à-vis de ce 6è enfant considéré trop tôt comme "pas normal". D'emblée elle l'éloigne du foyer familial.

Elle semble à côté des vrais problèmes n'ayant pas une vue juste de l'importance relative des faits et des situations. Ses fautes éducatives sont flagrantes au sujet de Philippe, mais elle parle de la mise en pension précoce des 2 aînés et de leur réaction de fuite - 22 km à pieds à IO ans, de façon détachée, voire ironique. En terme psychanalytique ses relations objectales sont très mauvaises, sa qualité affective très pauvre.

Il semble que sa propre vie ne la comble pas. Son mari très pris par ses activités professionnelles et politiques ne reste jamais au foyer.

Il nous paraît extrêmement difficile d'obtenir une collaboration de cette mère, ce qui confirme l'impression déjà ressentie au centre psycho-pédagogique (qui nous a confié l'enfant). Mais par ailleurs cette femme intelligente qui tente de somatiser les choses au maximum n'est certainement pas dupe de son attitude de dérivation; elle n'est pas loin d'être culpabilisée mais garde une certaine distance affective néanmoins. Par contre, tout en sachant son échec vis-à-vis de Philippe, elle aurait du mal à accepter une évolution favorable dans un autre milieu familial.

Philippe restera chez la famille simple où il se plaît, avec fréquentation de la classe maternelle pendant I8 mois et retour en famille le dimanche et aux vacances? Si nous pouvons maintenir ce garçon dans une famille équilibrée, on doit arriver à une amélioration que la psychothérapie favorisera.

Il nous paraît impossible d'obtenir une modification du milieu familial et une réintégration permanente de Philippe chez lui paraît très improbable dans l'avenir. Nous envisageons un I.M.P. vers 8-9 ans.

Observation 3

Philippe VI... 4 ans 9 mois est adressé en Novembre I965 par le médecin du jardin d'enfants qu'il fréquente pour : instabilité, agressivité, énurésie, eucoprésie.

C'est le 3è d'une fratrie de 3 (Brigitte 8 ans $\frac{1}{2}$, Catherine 5 ans $\frac{1}{2}$). Le père, 31 ans, travaille dans une maison d'édition. La mère est au foyer, tuberculeuse à

I6 ans, a fait plusieurs rechutes depuis. Philippe est né un peu avant terme (poids de naissance 2 900 g) après une grossesse non désirée.

Jusqu'à l'âge de 4 ans il subit plusieurs placements :

1°) Dès sa naissance il reçoit le BCG et vit dans la famille de Madame WI... celle-ci ayant fait une rechute de tuberculose pendant la grossesse, on exige la séparation.

2°) A 8 mois, il part à Banyuls pour des raisons que nous ne connaissons pas. Là, en novembre I962 on découvre une luxation congénitale de la hanche opérée en I963 par le Professeur PETIT.

3°) Séjour à Forges-les-Eaux pour rééducation psycho-motrive jusqu'à l'âge de 3 ans. La marche est acquise.

4°) Les parents obtiennent un autre placement à Pierrefites (les Elfes).

A l'âge de 4 ans, on le rend d'autorité à sa famille. Pendant toute cette période, les parents ne le visitent que de rares fois.

A son retour au foyer en septembre I965, Philippe fréquente le jardin d'enfants Là on note une grande instabilité psycho-motrice, un refus net de la discipline, une agressivité envers la maîtresse et les autres enfants.

A la maison, il s'oppose aux ordres, casse tous ses jouets, accumule les sottises.

- troubles du sommeil : balancement, endormissement long.
- Enurésie diurne et nocturne, parfois encoprésie, manifestations très mal tolérées par la famille d'autant plus qu'elles sont conscientes et organisées : l'enfant ne se salit que s'il est frustré.

On suit Philippe en consultation externe car la mère ne paraît pas inaffective mais elle refuse systématiquement la psychothérapie deux fois par semaine.

En février I966, les troubles s'aggravent. L'enfant est très sale, boit son urine, exhibe ses organes génitaux : la mère ne peut plus le supporter, le père est dégoûté, ils veulent le placer.

Dans le service (en mai 1966) Philippe se montre capable d'établir un lien très positif avec l'éducatrice, il recherche constamment sa présence et les marques d'affection. Au bout d'un certain temps il est propre "pour elle" et le lui dit. Au moindre conflit l'énurésie réapparaît.

Avec les autres enfants : jalousie, agressivité.

Sa relation avec sa mère semble inexistante : aucune manifestation de joie à son arrivée, seul le cadeau qu'elle lui apporte l'intéresse.

- Tests : - au Terman QI = 100

- au Borel-Maisonny, son âge mental équivaut à l'âge réel. "Il est relativement calme et docile pendant les 5 premières minutes, son comportement se dégrade rapidement, il devient instable, impulsif. Sa compréhension est rapide, ses gestes assez adroits".

Personnage maternel

Nous voyons plusieurs fois la mère : jolie femme, soignée, pas inintelligente, narcissique et infantile. Ancienne tuberculeuse, elle met en valeur son mauvais état général, sa fatigue, pour ne pas reprendre l'enfant. Elle désire travailler cependant et veut un placement de longue durée pour Philippe. Elle semble très peu attachée à lui et fait une nette différence pour ses filles.

Elle décrit son mari comme un être violent, paresseux, qui ne l'a épousée que grâce à la librairie qu'elle possédait. Par la suite Madame WI... a cessé de travailler, d'où source de conflits entre les époux. Il ne désirait pas d'enfants d'ailleurs il ne s'en occupe pas et exige qu'ils soient couchés avant qu'il rentre du travail.

Cette femme semble vivre avec son fils les relations qu'elle a avec son mari, d'ailleurs elle préfère ses filles.

Devant ce père indifférent et même agressif envers ses enfants et cette mère s'obstinant à ne pas voir le problème affectif de Philippe, un placement familial (type BEAUVALLON-DIEULEFIT) semble la solution la moins traumatisante pour lui.

En attendant une place, il est retourné au foyer. Au bout d'un mois, les conditions de vie familiale furent telles que nous avons été obligés de le reprendre.

Pendant la durée de cette seconde hospitalisation (1 mois ½) la mère n'est pas venue le voir une seule fois. Il est admis à la Faisanderie en octobre en attendant le placement familial.

Observation 4

Bruno CH... 6 ans, est vu pour la première fois à Hérold en septembre 1963. Il est conduit par sa mère pour des troubles du sommeil, une grande instabilité et une agressivité dirigée principalement contre la mère.

Accouchement normal après une grossesse très mal acceptée par la mère célibataire elle-même abandonnée par le père de l'enfant dès les premiers mois de la grossesse. Plusieurs tentatives d'avortement se sont soldées par un échec.

L'anamnèse rapporte plusieurs placements :

1°) Maison maternelle jusqu'à l'âge de 6 mois
2°) Madame CH... fait la connaissance de son mari actuel. Le couple prend l'enfant en charge, il va s'installer chez la soeur de Monsieur CH... foyer où existaient déjà trois enfants. Bruno se révèle déjà nerveux et agité.

3°) Placement nourricier à l'âge de 9 mois : le beau-père fait son service militaire la mère travaille. La nourrice fait l'effort de le garder jusqu'à 3 ans ½. En effet Bruno devient de plus en plus instable et agité à tel point qu'il faut le tenir en laisse à l'extérieur de la maison. Il a des spasmes de sanglot à la moindre contrariété La nourrice certainement affectueuse était vraisemblablement inéducative, l'enfant aurait été extrêmement gâté. La mère le voit une fois par mois.

4°) Bruno revient au foyer à 4 ans (logement composé d'une pièce 3 m × 3 m). Il fait des colères violentes, casse tout, allume le feu à la moindre occasion, insulte les passants.

5°) Hospitalisation à Argenteuil pendant quelques semaines. Aucune amélioration de son comportement. Au bout d'un an la mère fait un état dépressif réactionnel.

6°) Nouveau renvoi chez la nourrice qui ne peut le garder que trois jours d'autant plus qu'il se montre menaçant envers un autre enfant plus jeune que lui.

Il est alors confié à de nombreuses nourrices et voisines pendant les périodes de 8 jours à un mois. Il n'a jamais été supporté.

Au bout de ressources, Madame CH... était au bord de la tentative d'autolyse quand son fils put être admis en I962 à la Salpétrière avant d'être transféré dans un home d'enfants (le GRAÇALOU) pendant 6 mois.

7°) Puis retour au foyer. Les conditions de logement empirent, ils habitent une cabane. Les troubles du comportement de Bruno réapparaissent au bout de quelques jours. Ces conditions entraînent une nouvelle dépression chez Madame CH... nécessitant une hospitalisation de courte durée puisqu'elle signe sa pancarte.

Monsieur CH... épouse son amie et reconnaît l'enfant en janvier I963.

Sur le plan scolaire, Bruno est renvoyé de partout, on le considère comme un véritable danger.

En Mai I963 Bruno est admis à l'hôpital Hérold.

Personnage maternel

Madame CH... fille unique, n'a presque pas connu son père qui fut fusillé en Allemagne alors qu'elle avait 6 ans. Elle n'en garde qu'une image lointaine et imprécise. Sa mère décéda subitement trois ans plus tard en rentrant de son travail. A partir de ce moment Madame CH... fut élevée par ses grands parents maternels.

De I6 à 20 ans, elle est ouvrière spécialisée. A 20 ans elle fait la connaissance du père de Bruno. Il lui avait promis le mariage lorsqu'elle fut enceinte mais il l'abandonne au 2è mois de la grossesse. Cet homme était d'origine espagnole, il exerçait la profession de tourneur sur métaux. Il aurait été de caractère nerveux, violent, instable. Madame CH... aurait appris par la suite qu'il volait et que sa mère se prostituait (?) quoiqu'il en soit elle n'a jamais eu de nouvelles de lui. Lorsque sa grossesse atteignit 5 mois, elle quitte le domicile de ses grands parents par crainte des réprimandes et d'une aggravation de l'état cardiaque de son grand-père

Bruno reste deux mois dans le Service. Au début l'impulsivité domine. Il n'a aucun contrôle malgré un EEG normal.

Avec les adultes il est extrêmement captatif, collant, il montre une aggressivité secondaire. Avec les autres enfants il est spontané mais brutal parfois.

Après deux mois, meilleur contact, il arrive à travailler en petit groupe mais toujours instable. Il est fier de ses réussites. Il se révèle comme un enfant doté d'une riche affectivité, très attachant. Cette affectivité est d'ailleurs très mal tolérée par la mère et le beau-père.

Test : au Binet-Simon, on trouve un âge mental de 4 ans 5 mois pour un âge réel de 5 ans.

Un placement en nourrice est effectué par l'entremise du service social en juillet 1964. Sa mère lui rend visite toutes les semaines. Mais au bout de huit mois la nourrice n'en veut plus. Une consultation permet de constater qu'il est à la limite de l'hypomanie et la décision d'un placement en I.M.P. après séjour à Hendaye est prise. A Hendaye il a fait des progrès scolaires mais il reste agité, turbulent et bavard.

La mise en I.M.P. pour enfants caractériels d'intelligence normale (à Sées) révèle l'impossibilité de scolarisation. Il y reste 3 mois. Bruno se réfugie dans le sommeil. Il dort par terre pendant la classe. Le rythme des activités d'I.M.P. et le dynamisme des enfants le perturbent. Il ne peut être maintenu dans un milieu aussi ouvert. Le diagnostic entre psychose et frustration affective majeure est incertain.

Une nouvelle hospitalisation dans un groupe restreint plus encadré du point de vue éducatif et plus surveillé au point de vue médical lui permet de retrouver un certain calme et une certaine stabilité.

Mais sa structure anxieuse et instable entraîne parallèlement un rejet de la mère qui n'admet pas que son fils s'attache aux adultes. La seule solution est un séjour de longue durée dans un cadre psychiâtrique avec un soutien psychothérapique.

Il est admis à Clermont (Oise).

En conclusion, cette observation se classe facilement dans le cadre des rejets maternels de mère célibataire mariée avec un homme qui a reconnu l'enfant.

Il y a eu d'emblée mauvaise relation mère-enfant par transfert sur l'enfant d'un resentiment attaché à la personne du père abandonnique. C'est ainsi qu'elle a très peur de l'hérédité paternelle car l'enfant voulait jouer avec des couteaux.

Le rejet a été évident pendant la grossesse puisqu'elle avoue avoir fait plusieurs tentatives d'avortement. Par contre, elle affirme qu'après la naissance elle n'a jamais songé à abandonner l'enfant car son devoir était de l'élever (bien qu'il le fut par des nourrices). L'existence de cet enfant était ressentie comme non attrayante et même repoussante en raison de l'image laissée par le père. Elle a connu le beau-père très tôt après la naissance. Le beau-père est décrit comme très dur et très sévère avec Bruno. Elle, par contre, n'a aucune autorité sur lui. L'enfant est moins affectueux avec elle qu'avec son beau-père qu'il appelle papa et qu'il prend pour son père.

Dans son souci de perfectionner l'enfant pour le mari qui n'est pas son père, elle aggrave les choses par des conduites inéducatives, ce qui accentue son sentiment de rejet mais aussi de culpabilité.

Mais il faut dire que les conditions matérielles, en particulier le logement, aggravent la situation rejetante.

Quel sera l'avenir de Bruno ? Nous l'avons vu à l'âge de six ans. N'était-il pas déjà structuré dans ses troubles ? Est-il récupérables ? Le pronostic est sombre.

Observation 5

Yves-Marie VA... 5 ans 7 mois, est envoyé en 1961 par son médecin traitant pour difficultés alimentaires, importants troubles du sommeil et agressivité intolérable.

Voici son histoire :

Premier enfant d'une fratrie de 2, il est né avant mariage. Grossesse très mal acceptée par la mère âgée de 17 ans qui se retrouve très seule ; son ami part au service militaire en Algérie (il l'épousera 4 ans plus tard) ses parents la rejettent ils n'acceptent pas sa "conduite". Elle travaille comme employée de maison, une seule solution s'offre à elle : le placement de l'enfant.

1°) Dès les premières semaines, Yves Marie a des difficultés alimentaires nécessitant une hospitalisation de 6 mois à la Salpétrière.

2°) Placement nourricier à Enghien par le Service Social de l'Hôpital.

Vers l'âge d'un an, troubles du sommeil (endormissement long) et agressivité orale, il mord des vêtements et ses jouets. Puis anorexie, colères fréquentes. La nourrice peu affective l'attache souvent, le couche. Excédée elle le rend à sa mère.

3°) Deuxième placement familial à I8 mois chez un couple ayant déjà la garde d'un enfant recueilli à 6 mois, âgé de I0 ans à cette époque. Milieu simple et affectueux Yves-Marie se montre agressif. De plus il s'établit une jalousie mutuelle entre les enfants. Les difficultés alimentaires surviennent épisodiquement. Pas de troubles du sommeil. Acquisition normale de la propreté et du langage. Visites de la mère une fois tous les I5 jours. L'enfant y reste indifférent mais accepte beaucoup mieux son père.

4°) A 4 ans $\frac{1}{2}$ il intègre le foyer. Les parents mariés depuis quelques mois ont trouvé un petit logement de 2 pièces.

Très affecté par cette nouvelle séparation, Yves-Marie réclame souvent sa bourrice. Petit à petit s'installent ; une anorexie, des troubles du sommeil (endormissement long, cauchemars) balancement.

A l'occasion de la naissance de la petite soeur qu'il accepte bien il part chez sa nourrice puis chez des amis de la famille. Pendant cette période les troubles disparaissent mais à la moindre frustration il devient agressif.

A son retour au foyer : caprices alimentaires, troubles du sommeil, sévices sur la petite soeur : la mère affolée le bat; le met dehors pendant 20 minutes.

A la maternelle, refus de toute discipline, agressivité avec la maîtresse, bagarreur. Il est renvoyé peu de temps après.

Il reste deux mois dans le service. On constate en effet une grande excitation quand il n'est pas occupé. Très culpabilisé. Dans les activités surveillées, il est très docile, calme, très ouvert à tout ce qui est nouveau. Ses gestes manquent

parfois de précision. Des accès de dépression akternent avec des périodes d'épanouissement qui se traduisent par un visage radieux très expressif.

Avec l'adulte, il sollicite les encouragements, se montre très captatif. N'accepte pas les autres enfants, veut toujours commander. Il mange tout ce qu'on lui donne mais lentement. Bon sommeil sans balancement (reçoit atarax + largactil).

Test : au Terman QI = 109.

Nous voyons la mère qui ne comprend pas l'attitude de son fils à son égard. Elle refuse de le reprendre craignant l'agressivité qu'il nourrit pour sa petite soeur. Elle est très fatiguée, se retrouve enceinte deux mois après son accouchement elle désire un placement, le père semble en dehors du problème, il ne tient aucun rôle paternel.

Yves-Marie part à la Faisanderie pour un an. "Travaille bien en classe, intelligent, mais agressif avec ses camarades".

Puis retour au foyer. Une 2ème petite soeur est née. Quelques semaines plus tard la réinsertion familiale et scolaire s'avère un échec total.

Les parents veulent un autre placement. Il revient une 2è fois dans le service en septembre I964. Il a 8 ans ½. Son QI est bon (106) malgré un gros retard scolaire.

Départ à ARS-en-Ré en attendant une place disponible à Soulins où il entre en juillet I965.

En conclusion :

Jusqu'à l'âge de 4 ans ½ Yves-Marie n'a jamais pu créer des liens affectifs solides avec ses substituts maternels. La naissance de l'enfant a crée des difficultés matérielles considérables à cette jeune mère de I7 ans rejetée par sa famille loin de son ami. Elle ne désirait pas cet enfant mais elle n'a jamais songé à l'abandonner car il était promesse de mariage.

Yves-Marie met à l'épreuve cette femme qui se dit sa mère, comme il a mis à l'épreuve ses nourrices précédentes, mais il ne reçoit en retour qu'incompréhension et agressivité. Le cercle vicieux est amorcé. Les petites soeurs demandent beaucoup

de soins maternels, elles les reçoivent tandis que Yves Marie est un "grand garçon" sa jalousie n'est qu'un moyen de défense.

B - Dans les observations suivantes, nous n'avons pas retrouvé la notion de grossesse non désirée mais l'enfant est placé dès sa naissance et son placement est renouvelé durant toutes ses premières années dans des conditions telles que sa situation peut être qualifiée de délaissement. Nous connaissons les mères et savons qu'elles ne prévoient pas de reprendre l'enfant à leur foyer avant une date lointaine.

Observation 6

Catherine DA... 3 ans ½, est conduite par sa mère à l'Hôpital Hérold pour de gros troubles du sommeil.

Née d'une mère célibataire employée aux P et T, Catherine a été placée en nourrice dès sa naissance.

1°) Jusqu'à I8 mois, elle reste chez la même nourrice. Ayant plusieurs enfants, celle-ci s'en occupe assez peu.

2°) Deuxième nourrice. C'est alors qu'apparaissent rapidement les troubles du sommeil avec agitation et balancement pendant des heures qui empêchent la nourrice de dormir et incitent celle-ci à rendre l'enfant à sa mère.

3°) Troisième nourrice. Les troubles persistent. Changements de nourrices très rapprochés. Aucune ne veut s'occuper de Catherine.

Il est à signaler qu'elle ne présente pas d'autres troubles du comportement.

Catherine semble très attachée à sa mère. Quand celle-ci la prend pendant son mois de congè les troubles du sommeil disparaissent.

Personnage maternel

Mademoiselle DA... Vit en banlieue chez sa soeur elle-même célibataire. Elle fut rejetée par ses parents au moment de sa grossesse. Elle est très désorientée et se débat au milieu de difficultés matérielles et morales que représente pour elle

l'éducation de son enfant. Elle pleure souvent au cours de l'entretien, se sent profondément rejetée par sa famille. Pour Catherine, une seule solution est possible : le placement nourricier.

Dans le Service

Pendant les premiers jours Catherine est en plein désarroi. Elle crie dès qu'on l'approche, ne se laisse pas toucher. Toute tentative d'examen est presque impossible l'enfant paraît atteinte d'une débilité profonde. Quand elle est seule dans sa chambre, elle se balance sans arrêt. Ce balancement persiste toute la journée; n'étant interrompu que par des cris provoqués par l'entrée d'un adulte dans sa chambre.

Au bout de IO jours le comportement se modifie ; elle ne se balance presque plus; joue avec les autres enfants. Elle essaie d'attirer l'attention de son infirmière devient captative, pleure dès qu'on la quitte. Langage et compréhension sont normaux; l'idée d'une débilité est écartée.

Un mois après son admission : bonne adaptation dans le service mais toute nouvelle situation fait réapparaître l'anxiété et des mouvements saccadés sans but précis. Un test de Borel-Maisonny montre un âge mental supérieur à 3 ans pour un âge réel de 3 ans 5 mois, donc normal.

A sa sortie de l'hôpital, elle part chez sa dernière nourrice. Les troubles réapparaissent quelques mois plus tard, nécessitant une deuxième admission dans le service.

On note une agitation extrême, une jalousie marquée des autres enfants - Captative avec son infirmière - Enfant maniérée, très instable dans ses activités, réclame la présence de l'adulte. Son balancement est beaucoup moins intense que lors de son premier séjour.

Elle attache beaucoup d'importance à ce qu'on lui donne à manger. Elle bégaie ou parle bébé quand elle parle de sa mère.

Prise en psychothérapie, les premières séances évoquent un comportement de débile. Puis, bientôt, se dessine un thème affectif très net. Elle devient beaucoup plus calme et construit ses jeux. Le thème de la famille revient très souvent ainsi que le thème de l'abandon.

Test (Terman) : QI = 98.

Au bout de 3 mois son comportement s'est beaucoup amélioré, plus stable, moins anxieuse, bons rapports avec les autres enfants, bon sommeil sans balancement, langage correct. Malgré cette bonne évolution, Mme DA... ne peut absolument pas changer son mode de vie et reprendre Catherine. L'enfant est alors envoyée chez une nourrice à Bonneuil(par notre service social) en attendant une admission à l'I.P.P.A. de Créteil.

A créteil, elle a vécu chez une nourrice d'où elle allait tous les jours à l'I.P.P.A.; Catherine ne voyant sa mère que rarement. Cette nourrice a été pour Catherine la véritable mère. C'est une personne d'une affectivité très instinctuelle mais très vive, à laquelle Catherine s'est beaucoup liée. Cependant, après 4 ans de séjour à Créteil, au début de l'année I963 le climat psychologique s'est assombri au foyer. On ne sait pas pourquoi. En septembre I963 Catherine a quitté Créteil à l'âge de IO ans. Elle est entrée au Foyer Social, rue Claude Lorrain. Elle suit une 6è à l'heure actuelle, et donne de bons résultats. En I963 elle avait un QI de IIO au Terman (A l'âge de 4 ans elle avait un QI de 98).

Mme DA... avait et a toujours une vie très secrète. Il semble qu'elle voit régulièrement le père de l'enfant, mais cette union reste cachée. L'homme est marié. Catherine l'a vu furtivement à quelques reprises à Créteil sans savoir qui il était. Elle ne sait d'ailleurs rien de précis à son sujet.

Que se passera-t-il dans l'avenir ? Catherine a maintenant 13 ans. Elle est parfois reçue dans la famille de sa mère en Vendée. Elle entend souvent parler de M. Jean. L'avenir de Catherine avec sa mère paraît toujours très problématique en raison de l'ambivalence de Mme DA... Celle-ci est trop attachée à son ami. A travers tout cela elle apparaît comme une personne fragile, infantile, ne prenant jamais de responsabilités.

Observation 7

Michel VA... est conduit le I9 novembre I962 par sa mère et par sa marraine parce qu'il vient d'être renvoyé de l'école de Veneux-les-Sablons qu'il fréquente depuis la rentrée. Le médecin l'envoie pour déficit psychomoteur et recherche une solution. C'est la marraine qui parle et raconte toute l'histoire. La mère semble

à peine entendre; elle reste impassible comme tout à fait indifférente au récit que fait la marraine. Mme VA... passe sa vie à accompagner son mari dans ses déplacements continuels à travers la France. Il est déménageur et ne veut pas voyager seul. C'est un homme assez âgé, 58 ans, qui a I5 ans de plus que sa femme. Il n'est pas le père de Michel. C'est un divorcé qui a eu plusieurs enfants d'une première union et a épousé Mme VA... alors que Michel avait trois ans. Il a toujours été décidé que Mme VA... l'accompagnerait et que Michel serait en nourrice. Le logement est d'ailleurs, parait-il, beaucoup trop petit pour qu'on puisse y mettre un enfant. Aussi Mme VA... voit-elle celui-ci de temps en temps mais rarement, et elle ne le prend jamais chez elle, sauf à de rares exceptions. C'est une femme très froide qu'on arrive difficilement à émouvoir. Ce sera seulement à la fin de la consultation, au bout de presque une heure qu'on arrive à lui faire prendre Michel sur ses genoux, à l'embrasser sans d'ailleurs grande effusion.

Michel a toujours vécu en nourrice. Il en a changé à plusieurs reprises. Il vient d'être mis chez une nouvelle nourrice à Veneux-les-Sablons, allant à l'école de ce village. Il s'est très mal adapté à la vie scolaire. A vrai dire il était nouveau venu au milieu des autres. Il s'est très vite bagarré, s'est fait mettre en marge. C'est ainsi qu'il a été considéré par son médecin comme un arriéré.

En fait Michel est un enfant d'intelligence normale. Au test de Borel-Maisonny il donne 6 ans. Il réussit sans difficulté le petit train, les images à compléter.

Il est maigre, un peu craintif. Pas de troubles somatiques. Enurésie nocturne quotidienne. Accidents d'encoprésie fréquents. Récemment il a couché chez sa mère deux nuits : il n'a pas été énurétique. Il y a une recherche passionnée de mère. Il trouve chez sa marraine l'image maternelle qui lui convient beaucoup mieux que sa mère qui, effectivement, est particulièrement inaffective. La conversation avec la mère est décourageante; elle pense qu'elle n'a rien à donner à son fils, qu'elle a arrangé ses affaires au mieux en le mettant chez une nourrice. Elle ne veut à aucun prix troubler la vie de son mari qu'elle s'estime heureuse d'avoir rencontré; elle l'a préféré à son fils.

L'enfant devait rester chez la marraine; nous ne l'avons pas revu.

Observation 8

Muriel BO... 5 ans ½, est prise en observation à Hérold en Mars I963 pour agressivité principalement dirigée envers sa mère, pour énurésie et encoprésie.

Enceinte au début de l'année I957, Mme BO... devait se marier en Mai. Quand son état de grossesse atteignit 3 mois, elle décida de rompre ses fiançailles en raison du tempérament particulièrement violent et impulsif de son fiancé, d'autant que ses habitudes d'intempérance éthylique venaient majorer ce fond caractériel. Mme BO... reste insensible aux nombreux et vindicatifs essais tentés par le fiancé pour renouer leur liaison. Elle accouche en Maison maternelle d'une fille de 2 kilos qui est séparée de sa mère pour être placée en couveuse. Mme BO.. quitte l'établissement deux mois après, alors que le poids de l'enfant n'atteint pas encore 3 kilos. Elle signe un décharge.

Elle habite pendant 1 mois ½ chez son demi-frère.

1°) L'enfant est hospitalisée pendant 5 mois pour hypotrophie et otites à répétition

2°) Placement jusqu'à l'âge de 2 ans dans une pouponnière pour débiles physiques à Montreuil-sous-Bois, où la mère la voit tous les huit jours.

3°) Jusqu'à l'âge de 4 ans ½, Muriel connaît environ 6 nourrices successives.

Vers l'âge de trois ans, elle devient opposante et difficile à alimenter.

Mme BO... mariée depuis 1 an environ, reprend Muriel âgée alors de 4 ans ½, après la naissance du petit Georges né prématurément en Mars I962. Muriel ne s'adapte pas au foyer, reste inaffectueuse, ne dit pas un mot ou bien réclame sa nourrice, ce qui déplaît fortement à la mère.

Elle va à l'école maternelle et s'y comporte normalement, mais dès qu'elle rentre à la maison, elle se renferme dans son mutisme. Quelque temps après, apparition d'une anorexie énurésie et troubles du sommeil.

De juin à septembre I962, elle est mise en garderie, où apparaît une intense boulimie.

En octobre elle est hospitalisée aux Enfants-Malades pour crise d'acétone puis, en raison de sa maigreur (I3 kg à 5 ans) elle passe encore un mois à Forges-les-Bains.

A son retour au foyer : énurésie, encoprésie. Depuis Janvier I963, son état s'aggrave. En Mars elle est hospitalisée dans le service. Elle y reste presque 3 mois; elle s'adapte bien au groupe malgré quelques périodes d'excitation intense où elle ne peut se fixer à aucune activité, alternant avec des périodes d'inquiétude et d'anxiété. Avec l'adulte : affectueuse et démonstrative, elle cherche un contact positif avec l'éducatrice, mais elle ne supporte aucune frustration. Elle se mêle assez peu aux autres enfants. Du jour au lendemain l'anorexie a cessé, le sommeil est bon, l'énurésie intermittente. Test au Terman : QI de 97; elle se montre très opposante.

Mme BO... tient beaucoup à ce que Muriel parte au moins jusqu'à la rentrée scolaire. Elle va au Graçalou. Là Muriel profite au maximum de son séjour : l'énurésie disparaît, elle mange bien accepte les autres enfants; elle reste très bavarde.

Elle retourne à l'école durant l'année I963-I964 puis est admise une deuxième fois au Graçalou. Après un nouvel essai de scolarisation normale, elle est pensionnaire depuis le Ier mars I965 au centre Alfred Binet et suit l'enseignement de l'IMP à l'hôpital de Jour. Encore très agressive envers ses parents, elle est aussi jalouse de son petit frère qui, lui, par contre, serait très doux.

Personnage maternel

Mme BO... se présente comme une sorte de souillon, vestimentairement et corporellement négligée, ayant des conceptions de la propreté laissant manifestement à désirer. Son abord et son premier contact donnent l'impression d'une personne fruste et posent même le problème d'une certaine débilité. En fait, au fur et à mesure que progresse l'entretien on lui découvre un esprit vif, alerte et doté d'une certaine perspicacité.

L'apparence initiale était dûe à une certaine réticence, une rétraction, une méfiance foncière qui font partie intégrante de sa personnalité actuelle, mais qui, lorsqu'on ne les a pas au moins partiellement forcés, en masquent les autres éléments

constitutifs et en particulier risquent de faire apporter un jugement trop dépréciateur quant à son niveau mental, alors que, sous des dehors passifs et un peu frustes, elle ne manque pas d'une réserve de ressources qu'elle est malheureusement loin de toujours exploiter.

Mme BO... est âgée de 30 ans. Elle perdit sa mère quand elle avait 4 ans 9 mois. Après, son père épousa en deuxième union une femme qui avait déjà un fils. Durant toute son enfance, Mme BO... aurait eu à subir l'agressivité de sa belle-mère contre les 4 enfants de son père. Cette dernière soutenait son fils au détriment des autres et se serait montrée particulièrement méchante avec la seule fille (Mme BO...). Celle - ci se plaint de ce "manque d'affection" qu'elle aurait profondément ressenti à l'époque. Elle s'isola progressivement s'aigrit et adopta une attitude de repli sur elle-même. Elle passa avec succès ses diplômes de sténo-dactylo. Entre I6 et I7 ans elle fit 7 fugues à cause de sa belle-mère et fut placée 3 ans en maison surveillée. A 20 ans, elle perdit son père qu'elle aimait beaucoup et en fut très affectée.

En I955 elle commença ses études d'infirmière. Après son accouchement en I957 elle devient employée de maison. Deux ans après, elle reprit ses études d'infirmière et réussit ses examens. Mais elle ne travaille pas, son mari s'y opposé. Celui-ci est agent de service.

Sur le plan strictement sentimental, elle est certainement dotée d'un potentiel affectif faible et présente des tendances à l'indifférence. Elle est très vraisemblablement peu chaleureuse.

En conclusion, nous nous trouvons là devant un cas de rejet manifeste, cas en partie reconnu et explicité puisque Mme BO... n'hésite pas à affirmer qu'elle établit une différence entre Muriel et son frère Georges, calme et affectueux. Elle reconnaît sans faux-fuyant qu'elle est très soulagée quand sa fille n'est pas à la maison et qu'elle préfère la savoir loin de chez elle. Son mari aime avoir "la paix" en rentrant de son travail et ne pas être troublé dans sa tranquillité par les enfants qu'il n'hésite pas à repousser lorsqu'ils sont en quête affective, mais à l'inverse d'elle-même, il ne ressent aucune préférence pour l'un ou l'autre des deux enfants.

Par contre, malgré son sentiment profond de rejet, Mme BO... ne peut s'empêcher d'être culpabilisée à la seule pensée qu'elle ait pu avoir l'idée d'abandonner son enfant au moment de sa naissance.

Il est bien entendu loisible de penser que, si un service social organisé dans ce sens, lui avait expliqué les bienfaits d'un abandon initial éclairé et bien accepté et tout le bien fondé d'un tel geste, cette mère rejetante se serait laissée convaincre. Son enfant aurait pu trouver un substitut maternel plus valable que sa vraie mère, ainsi qu'un foyer assez chaleureux pour vraiment l'accueillir au sens profond du terme.

Cette enfant n'aurait pas littéralement traîné de nourrice en nourrice au prix de sacrifices financiers pour la mère, dont le but réel est de se déculpabiliser tout en se permettant d'acheter sa tranquillité mais au détriment du développement psycho-affectif de l'enfant. Une "action sociale" a bien été tentée. Mme BO... après la naissance, a bien reçu des visites d'assistantes sociales, mais celles-ci se sont bornées à lui demander ce qu'elle allait faire de l'enfant et à s'enquérir de la manière dont elle voulait s'y prendre pour l'élever, dans le but louable, mais combien insuffisant, de l'aider ultérieurement à assumer cette tâche ingrate ! Personne ne lui a, à ce moment, exposé les vraies données du problème d'un abandon ni montré la voie qu'il fallait suivre pour la réaliser. Est-ce que cela aurait été suffisant pour la convaincre ? C'est une question qui ne peut être résolue à postériori.

Observation n° 9

Gilles DU... 6 ans $\frac{1}{2}$, est vu à Hérold pour une instabilité extrême, des troubles du sommeil, une agressivité envers sa mère.

Gilles est né d'une liaison de Mme DU... alors qu'elle était célibataire. Elle vécut deux ans avec le père de Gilles. Celui-ci, éthylique coléreux, faisait des crises de délirium tremens. Il est certain que Mme DU... identifie inconsciemment son fils à cet homme, d'autant plus qu'il avait un premier enfant (d'une femme qui l'avait abandonné et dont il n'était pas divorcé); cet enfant, dit-elle, était "nerveux" comme Gilles. Dès qu'elle fut enceinte, Mme DU... quitte son ami et retourne chez ses parents.

1°) L'enfant est en nourrice jusqu'à 5 mois.

2°) De 5 mois à 2 ans, il vit chez ses grands-parents maternels. Il est repris par la mère aux vacances scolaires. Il était alors un enfant très facile.

3°) Puis jusqu'à 2 ans ½, il connaît trois nourrices successives : les troubles du caractère commencent alors. Il est repris par sa mère. Celle-ci épouse Mr DU... qui reconnait l'enfant, semble très heureux de sa présence et s'en occupe beaucoup. Gilles l'appelle tout de suite papa. Jamais il ne présentera de difficultés de caractère avec lui. Mais dès son retour au foyer, on est frappé par son instabilité qui va en s'aggravant. Incapable de fixer son attention, cet enfant est hyperactif lorgorrhéique. Très agressif contre sa mère, il menace de la battre, s'oppose à elle perpétuellement et la ridiculise en public;

A l'école où il est mis en maternelle, son instabilité est extrême : il refuse le travail, s'oppose à la maîtresse.

Il existe des troubles du sommeil importants avec endormissement très long sans cesse troublé par l'anxiété, cauchemars fréquents qui font redouter l'approche du sommeil.

Enfin, après une séparation récente de 2 mois, le comportement de l'enfant a encore régressé. Il parle bébé, force sa mère à l'habiller, à le faire manger (le comportement s'améliore quand le père est à la maison).

Nous le voyons en janvier 1965.

Au Terman : QI de 115. Il est droitier. Son langage est tantôt normal, de vocabulaire très riche, tantôt de type bébé. Ce qui frappe au premier examen c'est son anxiété et son agitation incessante de type hypomaniaque avec logorrhée Il est pourtant évident que c'est un enfant dynamique; on constate une persévérance de bonne qualité dans ses activités.

Nous pensons que ces troubles sont liés aux placements successifs qui n'ont pas permis une bonne constitution d'un lien de bonne qualité avec la mère. Celle-ci paraît très coopérante, heureuse du retour de son enfant au foyer. La présence du

beau-père s'avère favorable. Une psychothérapie est décidée, à laquelle la mère est prête à conduire l'enfant régulièrement. On y associe des sédatifs.

Gilles est vu une fois par semaine très régulièrement pendant 2 mois $\frac{1}{2}$. Il est content de venir et quitte difficilement la salle de jeux. Il se montre extrêmement captatif mais très stable dans ses jeux, sans qu'on y observe l'agitation habituelle.

Les techniques utilisées sont essentiellement les jeux de poupées, de dinette et d'eau. Il ne semble pas intéressé par les marionnettes.

Très rapidement, il exprime des thèmes d'abandon qui se répètent à chaque séance.

Dès la 2è séance, on note un progrès en ce qui concerne le sommeil, l'endormissement devient rapide. A la 4è séance, les troubles du sommeil disparaissent complètement.

Mais l'instabilité reste la même : elle est surtout manifeste en présence de la mère, ainsi que l'attitude régressive. On s'aperçoit ainsi très vite qu'il s'agit d'un comportement réactionnel à la froideur indifférente de la mère.

Personnage maternel

Femme très rigide, très méticuleuse, se contrôlant beaucoup, cherchant à élever son fils d'une façon parfaite en ne le privant d'aucun bien matériel (nourriture, costume, jouets). Elle fait beaucoup d'efforts pour le conduire dans le service. Mais indifférente elle ne sait guère prêter attention à la quête affective de son fils et provoque sans le vouloir d'innombrables petits conflits nés de perpétuels malentendus entre elle et lui. Il nous fut impossible de modifier cette attitude car il s'agit en fait d'un rejet profond et il est certain qu'elle est culpabilisée par la présence de cet enfant qu'elle identifie au père.

Elle se faisait mener par Gilles qui l'exploitait. Il se comporte comme si n'importe quelle solution était bonne pour obtenir une attention affective. Tout refus d'une marque d'affection attendue amène inévitablement une activité nocive avec agitation.

Cet exemple nous montre bien l'importance du rejet maternel dans la génèse de l'instabilité de Gilles et la difficulté au premier examen de le mettre en évidence. Les troubles semblaient être essentiellement liés aux mauvaises conditions d éducation de la petite enfance. Et s'il y avait eu un vécu abandonnique, on pouvait espérer, grâce à la psychothérapie, rétablir le lien avec la mère. Mais il s'est avéré rapidement que l'abandon vécu par l'enfant était tel et toujours actuel. La psychothérapie n'a réussi qu'à faire disparaître les troubles du sommeil.

Nous tentons une séparation de 3 mois. Gilles est parti à Méandre (Isère) Depuis nous ne l'avons pas revu.

Observation 10

Jean-Marie PL... 4 ans 9 mois, est pris en urgence dans le service à la demande d'une P.M.I. pour mauvais traitements chez lui : égratignures sur le visage, ecchymoses multiples sur les membres. La mère nous dit d'ailleurs qu'elle ne peut plus supporter cet enfant sale. Il est énurétique-encoprétique.

Jean-Marie est né d'une deuxième liaison d'une mère célibataire. Il y a une première fille que nous ne connaissons pas dont Mme PL... a déclaré l'existence bien après l'entrée de Jean-Marie dans le service. Cette petite fille est âgée de 6 ans; elle a toujours vécu en province chez la grand mère maternelle. La mère ne va pratiquement pas la voir.

D'un autre homme, Mme PL... a eu Jean-Marie. Cet homme habite un village en Normandie et l'enfant a été confié dès sa naissance à une nourrice d'un village voisin. Jamais ils n'ont vécu ensemble et l'enfant ne connaît pas son père qui serait éthylique. Il n'est pas marié parait-il.

Juste après la naissance de l'enfant, Mme PL... est venue travailler à Paris. Très vite elle se met en ménage avec un nord-africain de qui elle a 2 enfants : Rachid 3 ans et Ali 18 mois.

En janvier 1966 la nourrice tombe malade et ne peut pas garder Jean-Marie Elle le conduit à sa mère (jusqu'en juin 1962, la nourrice était régulièrement payée par l'employeur de Mme PL... A cette date, celle-ci a quitté son employeur pour venir à Paris et les paiements furent dès lors très irréguliers).

Il semble que Jean-Marie se plaisait bien en Normandie. Il parlait assez bien; il était propre et son caractère ne montrait pas de particularités. La mère allait le voir une fois par an environ.

Depuis qu'il vit avec sa mère, tout va mal: agitation, instabilité, régression (parle bébé) énurésie, encoprésie depuis quelques mois. La mère excédée par cet enfant aussi sale ne se contrôle plus. Elle le bat et le punit; elle ne le supporte plus.

Dans le service

Le premier contact a été celui d'un enfant extrêmement anxieux et inhibé non pas tant de quitter sa mère que de tout ce qui pourrait lui arriver de la part des personnes devant s'occuper de lui.

L'anxiété des premières heures s'atténue progressivement. Jean-Marie a de temps en temps de brusques colères violentes pendant lesquelles il régresse, se cachant la tête dans les bras. Il a des élans affectifs fréquents et éphémères vers les femmes qui s'occupent de lui, surtout l'éducatrice. Il accepte mal les autres enfants, soit qu'il s'isole, soit qu'il soit agressif, dépassé par les activités de jeu.

Le niveau mental effectué dans des conditions évidemment mauvaises a été de 3 ans $\frac{1}{2}$ pour 4 ans $\frac{1}{2}$. Sans doute le chiffre est-il abaissé par l'anxiété, mais il est probable que le niveau réel soit inférieur à la normale.

Dès les premiers jours l'enfant a été propre de jour. L'énurésie persiste la nuit.

Nous décidons de placer l'enfant dans une collectivité à effectif réduit (la Fondation Parent de Rozan). Ce genre de placement semble préférable à une nourrice car il y a un fond ambivalent à l'égard de toutes les personnes qui prennent une place maternelle. D'autre part il est probable que la mère le reprendra car elle est très culpabilisée. Elle espérait bien que les incidents sphinctériens allaient persister à l'hôpital.

L'ami de Mme PL... accepte l'enfant comme beaucoup de nord-africains et c'est lui surtout qui conseille à la mère de le reprendre.

Mme PL... est passive, peu affective, très fruste, ne prenant aucune responsabilité.

L'avenir de Jean-Marie nous paraît très incertain. La mère n'a aucune compréhension de la quête affective de son fils; elle l'identifie au père qui n'a pas hésité à l'abandonner au moment de la naissance. D'ailleurs "ils se ressemblent". La famille vit dans une chambre d'hôtel.

Il est certain que les deux plus jeunes enfants de Mme P... sont acceptés parce que le père est au foyer et exige un minimum de soins pour ses enfants.

Observation 11

Marcel HA... 4 ans $\frac{1}{2}$, est confié en Août 1960 par le Docteur GRENET pour hypotrophie et gros troubles du comportement : agressivité, énurésie, encoprésie.

Marcel est le 2è d'une fratrie de 3, tous de pères différents. La mère, célibataire, sans travail, vit avec un ami qui vient de reconnaître les enfants.

Mme HA... avait 16 ans à la naissance de sa fille aînée, actuellement âgée de 7 ans. Abandonnée par son ami, rejetée par ses parents, elle s'est réfugiée à l'asile de la rue Borghèse à Neuilly.

1°) Après l'accouchement elle se réconcilie avec sa famille et revient habiter chez elle avec le bébé, mais la réconciliation dure peu et, au bout de quelques mois, elle part, laissant sa fille chez les grands-parents.

2°) Elle la reprend à 9 mois.

3°) A 15 mois : hospitalisation aux Enfants-Malades Assistés puis convalescence. Lorsqu'il fut question de la reprendre, la mère décida de l'y laisser.

4°) Par l'intermédiaire du Service Social : placement familial jusqu'à 6 ans. D'après la nourrice, Anne-Marie était une enfant très vivante spontanée mais parfois turbulente et coléreuse.

Marcel est né 2 ans après. Sa première enfance fut tout aussi perturbée que celle de sa soeur.

1°) Première nourrice dès la naissance jusqu'à I8 mois. Pendant cette période, on relève 3 hospitalisations pour des troubles digestifs, pour un rachitisme et un eczéma infecté.

2°) De I8 à 24 mois : repris par sa mère.

3°) Nouvelle hospitalisation pour mauvais état général.

4°) A sa sortie de l'hôpital : placement familial en Normandie, grâce au Service Social. Marcel s'adapte bien. Le couple lui témoigne beaucoup d'affection.

5°) A 4 ans, Mme HA... le reprend ainsi que sa fille ainée (6 ans). Elle vient de trouver un H.L.M. de 3 pièces et vit avec un ami, père du 3è enfant et bientôt du 4è.

C'est alors que tout va mal :

a) Anne-Marie devient petit à petit agressive et menteuse. Ses résultats scolaires sont nuls. Nous la voyons à Hérold en février I96I. L'ami de Mme HA... n'accepte que son fils; il rejette les deux autres. Anne-Marie est remise chez sa nourrice, un placement familial à proximité du domicile fut refusé par la famille.

b) Au bout de quelques mois, Marcel, à son tour, présente de gros troubles du comportement : instabilité, agressivité, énurésie, encoprésie. La mère l'attache au lit pour l'empêcher de boire. Son état d'hypotrophie devient tel qu'il est hospitalisé d'urgence.

A l'entrée, l'examen montre un enfant très asthénique et déshydraté, porteur de nombreuses ecchymoses sur le tronc, la face, les membres. Au niveau des poignets et des chevilles, on constate des traces sanglantes et infectées dûes aux liens qui le maintenaient au lit. Il y a des traces d'hémorragies nasales et au fond d'oeil.

Il est énurétique, encoprétique.

Dans le service, l'état de l'enfant s'est rapidement amélioré : prise de poids impressionnante : 5 kilos en 1 mois $\frac{1}{2}$.

Sur le plan psychologique, Marcel se montre très affectueux et surtout très captatif à l'égard des adultes qui l'entourent. Mais, instable, très agité, il fait des colères violentes à la moindre frustration. Assez opposant, il n'accepte que difficilement de se plier à la discipline du groupe. Il existe un gros retard affectif.

Son niveau mental est difficile à préciser à cause de son instabilité et de son retard affectif. Au Borel-Maisonny il voisine 3 ans $\frac{1}{2}$ pour un âge réel de 4 ans $\frac{1}{2}$.

Cependant, après quelques semaines d'hospitalisation, l'administration de sédatifs et quelques séances de psychothérapie, l'enfant paraît très amélioré : plus calme, plus discipliné, moins captatif avec les adultes.

Au bout de 3 mois, les accidents sphinctériens disparaissent totalement. Les progrès persistants et encourageants incitent à garder l'enfant encore 2 mois dans le service, temps nécessaire à trouver une solution de placement (le Juge des Enfants ayant mis Marcel sous la garde de l'Aide Sociale).

Notre service social contacte le foyer qui l'avait recueilli. Le couple veut bien reprendre Marcel auquel il est beaucoup attaché. L'adaptation n'a pas posé de problèmes majeurs, les progrès persistent.

Personnage maternel

Mme HA... d'apparence molle, un peu forte, proteste avec véhémence contre l'inculpation d'avoir attaché l'enfant nuit et jour. Mais elle le "corrigeait" lorsqu'il se salissait (les traumatismes sur le corps en sont la preuve). Très réservée au sujet de son enfance, elle ne nous parle que de son adolescence au sujet de sa fille aînée.

Son potentiel affectif est très limité. Elle ne se sent pas très culpabilisée de l'état de Marcel. D'ailleurs, pendant les 5 mois d'hospitalisation, elle n'est venue le voir que rarement, ne lui apportant que des bonbons.

Il a fallu que le service social habille complètement Marcel pour son départ chez la nourrice.

Ce couple parental offre l'image même de la résignation et de l'indifférence.

Observation 12

Roger GU... 5 ans IO mois, est dirigé dans le service à la suite d'une consultation à Henri Rousselle, consultation demandée par la nourrice pour troubles du langage et colères violentes.

Roger est né d'une mère célibataire âgée de I7 ans. Depuis sa naissance il a toujours été placé en nourrice. Voici l'histoire.

Mlle GU... âgée actuellement de 23 ans, est la 5ème d'une famille de 9 enfants Son père exerçait le métier de comptable, sa mère restait au foyer.

L'enfance de Mlle GU... semble s'être déroulée normalement, sans problème psychologique particulier. Vers l'âge de 15-16 ans, elle constata l'existence de disputes fréquentes entre ses parents. Elle soupçonna l'infidélité conjugale de sa mère et en eut la certitude par une preuve occulaire; elle en fut très affectée.

A I7 ans, elle est enceinte. Cet état entraîne une nouvelle brouille avec sa famille. Sa mère surtout lui reproche violemment de jeter le discrédit sur la famille; son père aurait eu tendance à être plus conciliant mais se serait laissé convaincre et aurait rejoint le point de vue de son épouse. Mlle GU... reproche à ses parents de l'avoir insultée. Devant ce rejet familial, elle a été amenée au bout de quelques mois d'une grossesse normale à se rendre dans une maison maternelle où elle accoucha. Ses parents ont essayé de la joindre une fois; elle leur fit croire qu'elle n'était plus à cet endroit. Depuis, elle n'aurait plus eu de leurs nouvelles. Elle n'entretient plus de rapports avec ses frères et soeurs bien qu'il n'y ait pas d'hostilité entre eux (?).

Après l'accouchement, lui aussi normal, son fils Roger est mis en nourrice :

1er placement : jusqu'à l'âge d'un an. Elle le voit une fois par semaine. Pendant ce temps, elle vit d'expédients, s'employant comme femme de ménage. Elle ne veut pas abandonner l'enfant car elle espère que le père l'épousera comme il l'a promis avant de partir au service militaire. Elle conserve cet espoir contre toute vraisemblance car ce dernier, prévenu de la naissance, n'a pas jugé bon de se manifester d'une manière ou d'une autre. Au bout d'un an, elle prend vraiment conscience de sa situation. Elle se trouve devant l'impasse classique de la dépression sévère et pense à l'autolyse.

Elle n'est pas suivie par un service social; elle ne sait que faire de l'enfant; elle voudrait l'abandonner mais craint qu'il ne soit trop tard. Elle s'embauche dans une usine de poissons, n'a pas de domicile fixe.

Roger a été remis chez une 2è nourrice.

En I962 elle se rend au Havre pour chercher un autre travail. La patronne d'un café l'engage comme femme de ménage. Cette femme manifeste des sentiments quasi-maternels à Mlle GU... et à son fils. L'enfant ne put cependant cohabiter avec les deux femmes, car il se serait montré littéralement infernal à chaque tentative. Il connaît deux autres nourrices jusqu'en Mai I963, date à laquelle les deux femmes viennent à Paris. Roger est alors placé à Sartrouville où il vit actuellement.

Depuis janvier I965 Mlle GU... cohabite avec son ami nord-africain qu'elle connaît depuis 2 ans. Il est titulaire d'une pension d'invalidité et ne travaille pas.

Mlle GU... n'a pas investi un gros potentiel affectif sur son ami puisqu'elle se déclare prête à le quitter pour rejoindre sa patronne dans le midi où elle vient de s'installer. Elle est enceinte de lui de 3 mois; il n'a pas l'intention de reconnaître l'enfant qu'elle-même se déclare prête à abandonner à l'Assistance Publique dès sa naissance.

Roger est un enfant intelligent qui donne, au test de Terman, un QI de 101; le test est un peu dispersé, les acquisitions peu étendues, mais l'intelligence est normale. L'enfant est calme et réfléchi; il est capable d'attention, du moins pendant la période du test. Le test du bonhomme le situe au même niveau.

C'est un enfant difficile, turbulent, agité, bagarreur, qui obéit peu, peu habitué à la discipline. Mais le fond mental est bon. Il a une affectivité bonne et pas de troubles de la personnalité. Chez les nourrices, il présentait des colères violentes et se révélait agressif avec les adultes et les enfants. Par ailleurs, il présentait également des troubles du langage sous forme de dysarthrie, zozottement, non prononciation des soufflées, non finition des mots. Deux tentatives de scolarisation en I964 se sont soldées par des échecs en raison de son instabilité.

C'est la mère qui représente la seule image maternelle. Il parle de la nourrice avec indifférence et peut être même avec une nuance d'agressivité. Mais il est ambivalent avec sa mère et se montre de plus en plus opposant avec elle. Autrefois, il était heureux avec elle dit-il, il la voyait souvent, elle lui apportait des cadeaux, etc... maintenant elle est méchante parce qu'elle ne vient plus le voir : "elle ne veut plus de moi". Il est très captatif vis-à-vis des médecins et du personnel du service.

Au cours d'une séance de psychothérapie de jeu, le symbolisme du sentiment de rejet a été manifeste : il a refusé, comme quelque chose d'inutile, d'introduire une poupée représentant la mère au sein du jeu et, quand un autre garçon lui a demandé de retirer sa mère qui était tombée au fond d'un puits, il a répondu qu'il fallait y laisser "maman".

Personnage maternel

Mlle GU... veut bien tout ce que nous proposons, mais elle ne veut pas prendre Roger avec elle car son ami s'y refuse.

Il est à noter qu'en toutes circonstances, mêmes les plus défavorables, elle a toujours réussi à subvenir aux frais de nourrice, ce qui doit représenter pour elle un véritable tour de force. Mais depuis 2 mois, elle est fatiguée, ne travaille pas et ne peut plus payer.

Son fond mental peut grossièrement s'analyser ainsi :

La sphère intellectuelle est assez pauvre. Il s'agit d'une petite débile, incapable de la moindre initiative d'une passivité extrême, et très fruste comme en témoigne sa trajectoire vitale et la nature des entretiens qu'on peut avoir avec elle.

Du côté des affects, elle nous est apparue comme une névropathe, du type des déséquilibrés caractériels, d'origine psychogénétique probable, en raison des traumatismes psychologiques subis au cours de son adolescence, instable, aux tendances dépressives manifestes. Elle se sent vite débordée par les difficultés de l'existence dès qu'elles deviennent importantes. En raison de cette personnalité désormais aussi structurée, il nous est impossible de tenter une réinsertion familiale de Roger. Deux mois après son entrée dans le service, il est parti pour la Collectivité Pédagogique de VERCHENY (Le Tribunal pour Enfants a accordé une ordonnance de garde).

Observation 13

Georges SW... 4 ans IO mois, est conduit à la consultation en janvier I962 par sa tante à laquelle il est confié depuis Mars I96I.

Sa première enfance fut très perturbée :

1°) A l'âge d'un an, il vit avec sa mère. A cette époque, celle-ci quitte le foyer familial; elle a une très mauvaise réputation (est sans doute une prostituée) La tante ne la connaît pas.

Le père, 32 ans, frère de la tante, est le mauvais sujet de la famille. Il a été militaire en Indochine. Depuis, il n'exerce aucune profession définie, il boit, on ne le voit pas.

2°) Jusqu'à l'âge de 4 ans, Georges a été confié à des nourrices successives la grand'mère allait le voir régulièrement, le père de façon de plus en plus intermittente. Par un jugement du tribunal, la déchéance des parents a été prononcée et l'enfant confié à sa tante, Mme LE... elle-même mère de quatre enfants. C'est un excellent ménage où Georges ne s'adapte pas. D'abord silencieux, renfermé, se masturbant fréquemment, Georges finit cependant par s'exprimer avec beaucoup de mots grossiers. Il vomit au début de son séjour (vomissements émotionnels, vraisemblablement). Malgré les mois qui passent, il reste très fermé à sa tante, mais il s'attache à n'importe qui, suit toutes les femmes qui s'occupent de lui un instant. Il rejette aussi son oncle et s'entend très mal avec ses 4 cousins. Parfois il déploie une violence extrême. A l'école, il n'apprend rien, est agressif avec les autres enfants, casse les objets, détruit quand il le peut ce qui lui tombe sous la main.

Tests : Au Terman, on trouve un QI à 94. Au C.A.T. : il est très agité, remue tout le temps - Très agressif, cherche à provoquer des dramas et à attirer l'attention sur lui, conscient de sa violence, il l'accentue pour mécontenter son entourage.

En salle, Georges a des colères violentes, il est excité. Il s'isole dans sa chambre dès qu'il est contrarié; il essaye de s'opposer aux adultes avec qui il est constamment en contradiction. Puis il pleure en disant "maman, maman" comme une plainte inarticulée. Plusieurs fois; au cours de la journée il s'approche de l'éducatrice en lui réclamant des baisers.

On constate un bercement fréquent à la sieste et le soir avant de s'endormir, et des accidents encoprétiques dans la culotte.

Trois semaines après son arrivée sa tante lui apporte des jouets, il lui parle avec un accent presque tyrannique : "apporte mon camion, dis-moi bonjour,etc..."

Puis détente progressive : il finit par s'occuper à certains jeux. Il continue à se faire bercer par l'adulte. "On est amis" affirme-t-il, mais reste volontiers coléreux, très ambivalent avec les adultes.

Après 2 mois, il semble qu'il y ait un palier. Il reste instable, variable.

Les dessins sont d'un niveau très inférieur à son âge, extrêmement irréguliers.

En psychothérapie, au début, il s'empare d'une marionnette; elle fait des bêtises, passe son temps à en faire, se fait punir.... elle crache son biberon, fait pipi à côté de son pot. Elle vomit ; elle n'obéit pas. Chaque fois elle se fait punir. Georges aussi joue le rôle de l'adulte qui est puni: "il a fait des bêtises on le bat, on lui met un bonnet d'âne".

Durant cette séance tumultueuse, l'enfant est très agité, parle rapidement paraît anxieux. La psychothérapeute fait remarquer : "tu penses que je devrais te gronder, parce que ta tante trouve que c'est mal quand tu fais ça". Il attend effectivement la punition. Il s'arrête brusquement, la regarde et fond en larmes. On le console difficilement. Il reprend ensuite le même bavardage, rapide, toujours agité, et inquiet. Ce mode de relation de multiplier les actes défendus et d'attendre la punition est son comportement habituel.

Trois séances se passent ainsi. Vers la 4è séance, il est plus détendu, Le contact devient plus positif. Il cesse de s'identifier à la fois au bébé et à l'adulte.

Après un séjour de quatre mois, Georges passe par des périodes d'agitation, extrême, ou un rien le fait pleurer, il est jaloux des autres enfants, attire l'attention de l'adulte, très captatif. Et, à d'autres moments, c'est un petit garçon très attachant, attentif à ce qu'on lui dit, très coopérant et qui semble d'une intelligence vive avec une très bonne mémoire. Son ambivalence vis-à-vis des adultes

est moins forte; il ne dénigre plus systématiquement tout. On note une application réelle dans les travaux manuels (découpages, dessins...). La nervosité est toujours présente mais dans les activités il est plus stable; il montre un souci de continuer et de terminer ce qu'il a commencé.

En conclusion, cet enfant très émotif aurait besoin d'un climat familial très compréhensif, d'une image maternelle douce mais ferme. Or Mme LE... ne désire pas reprendre Georges; il perturbe l'entente familiale. Elle demande un placement de quelques mois jusqu'à ce qu'il soit rétabli complètement.

Mais une catastrophe survient au foyer : Me LE... vient d'être assassiné en Mauritanie où il avait été envoyé en mission temporaire par l'Institut Géographique Il devait rentrer en Mai. Son 5è enfant qu'il ne connaîtra pas, est né en février. Dans ces conditions, il n'est pas possible d'envisager le retour de Georges au foyer Mme LE... éprouvée physiquement par sa récente maternité, désemparée par la mort de son mari et accablée par les soucis et les règlements de sa situation matérielle demande pour l'enfant un placement de longue durée.

Georges séjourne au Graçalou pendant six mois. Il s'y adapte vite; les bulletins de santé sont excellents. Mme LE... le reprend au foyer en novembre 1962. Après une courte période où son comportement est normal, l'enfant entre à nouveau en conflit avec toute la famille. Il montre une jalousie féroce envers ses cousins qu'il appelle ses frères); il les fait punir par plaisir, se masturbe, chaparde de l'argent, des bijoux, des couteaux. Les principes éducatifs très stricts de Mme LE... enveniment les choses.

Georges revient dans le service en Mai 1963. Il y reste six semaines.

Son comportement en salle montre des progrès considérables. Il est heureux de revenir, souriant; dans le domaine de l'expression il est beaucoup plus structuré il s'intéresse à tout, veut la perfection dans ses travaux manuels.

Mais avec les autres enfants il se montre agressif et jaloux; avec l'adulte il est beaucoup moins dépendant mais reste un peu ambivalent. Constamment il a besoin d'être encouragé, stimulé. Il reste souvent bloqué parce qu'il accepte très mal toute frustration d'ordre affectif et même sur le plan matériel.

Un Wisc effectué montre un QI à 100. Les résultats sont homogènes.

Georges repart au Graçalou pour la 2ème fois. Il y reste un an jusqu'en juillet 1964.

Mme LE... se désintéresse de plus en plus de l'enfant. Depuis la mort de son mari, son comportement devient de plus en plus curieux: elle dépense sans compter malgré ses faibles ressources. Son caractère est difficile; elle repousse toute marque d'intérêt qu'elle considère comme blessante pour sa dignité. Elle s'est fâchée avec la plupart de ses parents et amis qui auraint pu l'aider. Elle cherche à placer ses autres enfants. Dans ces conditions le retour de Georges serait une catastrophe.

Il y retourne pourtant quelques mois. Le groupe familial le rejette manifestement. Georges est instable et ne s'adapte pas. Nous envisageons un placement dans un I.M.P.

En attendant cette admission, l'enfant fait une 3è séjour à Hérold (4 mois ½) puis au Graçalou. La mère ne lui a jamais rendu visite; elle ne répond à aucune convocation. Les vêtements de l'enfant sont fournis par le Service Social.

En septembre 1965 il est admis à l'I.M.P. de Sées. Il est alors âgé de 8 ans ½. Il s'y adapte bien. QI = 110.

Observation 14

Daniel MA... âgé de 4 ans 3 mois, est conduit par sa mère en avril 1965 pour des troubles à type d'indifférence et d'apathie entrecoupées de colères violentes et de manifestations agressives. Quelques jours après la rentrée scolaire en septembre 1964 il a été renvoyé de l'école.

Voici l'histoire familiale :

Mme MA... s'est mariée en 1946. Elle a 4 enfants de cette première union. Après quelques années de mariage, elle quitte le foyer sans prévenir qui que ce soit, laissant mari et enfants sans nouvelles pendant un certain temps. Le divorce est prononcé à son désavantage en 1958. Les 3 aînés sont confiés au père, la dernière lui est laissée en raison de son jeune âge.

Puis elle a des liaisons éphémères dont naît Daniel et un autre petit garçon dont elle ne peut assurer que le père soit le même. Elle se trouve donc seule avec la responsabilité de trois enfants. Elle ne sait qu'en faire et place les deux petits garçons dès la naissance séparément. Le petit Daniel qui nous concerne particulièrement fut mis en nourrice à Gif-sur-Yvette jusqu'à l'âge de 3 ans $\frac{1}{2}$. Là il serait très peu épanoui et aurait un caractère difficile avec un sommeil agité. Une deuxième nourrice l'accepte. Son caractère ne s'améliore pas. La mère n'allait le voir que rarement. A 4 ans $\frac{1}{2}$, elle le reprend car la nourrice n'en veut plus. Elle le met à l'école mais quelques jours après la rentrée, la maîtresse n'en veut plus : Daniel est turbulent et agressif envers les autres enfants.

Depuis ce renvoi, il y a 6 mois, Daniel vit seul à la maison, attaché à un meuble; sa mère travaillant toute la journée, n'essaie pas de trouver une solution plus humaine. Elle lui fait apporter son repas chaque midi par une voisine. Le soir, Daniel est insupportable; il fait des colères violentes ou reste hébété. La mère veut le placer car il n'est pas "normal".

L'enfant reste deux mois dans le service. Il n'est pas inintelligent. Nous lui avons trouvé au Terman un QI = 95. Il avait à ce moment un langage constitué mais un comportement d'abandonnique, très captatif à l'égard des adultes, très instable, ne se fixant à aucune activité, parfois agressif et provoquant avec de temps en temps des manifestations franchement régressives en particulier sur le plan alimentaire.

Les colères violentes décrites par la mère ont été observées. Il ne s'agit pas véritablement de colères mais de raptus anxieux pendant lesquels il pousse des cris, il s'agrippe aux adultes.

La communication par le langage est très réduite. Il est incapable de communiquer même si on l'interroge.

Après 2 mois, on parviendra sur ce plan à d'importants progrès.

Personnage maternel

Madame MA... se présente comme une femme sûre d'elle-même et ne ressent aucun sentiment de culpabilité. Mais cette sureté n'est qu'une apparence; elle n'assura jamais la stabilité dans aucune des unions qu'elle a contractées.

Quand elle fut obligée de reprendre Daniel, son travail ne devait pas en pâtir. La Maternelle l'ayant renvoyé, il n'y avait qu'une solution : attacher l'enfant pendant son absence, une voisine lui apportant sa nourriture. Tout cela raconté par elle-même, semble tout naturel et inévitable : "Docteur, vous auriez été à ma place, vous en auriez fait tout autant".

Elle a été élevée dans des conditions apparemment normales : fille unique d'un couple qui s'entendait bien. Elle exerce la profession de serveuse dans un café.

Mme MA... nous apparait comme une femme sèche, peu affective. Elle n'est venue que de rares fois, rendre visite à son fils. Une seule chose l'intéressait : les démarches en cours, en vue du placement à long terme de Daniel. Elle ne voit aucun inconvénient à l'éloignement. Elle refuse absolument de prendre toute responsabilité à l'égard de son fils; elle est très accaparée par son travail auquel elle sacrifie tout.

Devant cette attitude catégorique, il nous est impossible de laisser Daniel avec elle. Il part à Hendaye à sa sortie de l'hôpital. Il y reste l'été 1965 et l'année scolaire 1965-1966. Là aussi on a noté une période d'adaptation assez longue, puis un comportement satisfaisant. L'intelligence a été de même jugée normale. Le langage s'est constitué avec un certain retard dans l'organisation des phrases et de la syntaxe. Il est devenu poli, docile, affectueux, s'intégrant bien dans son groupe.

Il quitte Hendaye en octobre 1966 car il est admis en I.M.P. pour enfants caractériels d'intelligence normale à la Faisanderie.

Observation 15

Roland VA..., 6 ans 4 mois, est conduit à la consultation par la supérieure de la maison maternelle de Thiais pour difficultés d'adaptation en collectivité notamment à l'orphelinat d'Elancourt (S et O) avec colères, impulsivité, captation de l'adulte.

Sa situation familiale est compliquée :

De père et mère inconnus au point de vue légal, la tutelle a été confiée par jugement, à Mme CHE... divorcée CHA... qui est sa mère naturelle mais qui n'a pas voulu le reconnaître (l'enfant est déclaré sous deux prénoms) étant mariée avec deux enfants et en instance de divorce au moment de sa grossesse. (Le divorce a été rendu à son profit, lui laissant la garde de ses deux enfants lesquels sont restés avec leur grand'mère maternelle). Mme CHE... employée de maison depuis la naissance de l'enfant, est depuis trois ans chez les mêmes patrons, gens très âgés qu'elle dit ne pas pouvoir quitter, même quelques heures.

Personne ne connait l'existence de l'enfant que les religieuses de Thiais chez qui elle a accouché en 1956, et son frère, prêtre, qui est son seul confident. Celui-ci avait émis l'hypothèse que l'on pourrait trouver une famille pour adopter l'enfant. Il en connaissait une aux environs de Lyon. Quand Mme CHE... a parlé de cela aux soeurs de Thiais, elle s'est fait vivement contre-attaquée : "l'oeuvre s'occupera de tout cela, nous allons vous aider...".

Elle a donc laissé son enfant en nourrice jusqu'à l'âge de 15 mois. La maison maternelle de Thiais l'a repris à cet âge. Mme CHE... allait le voir une fois par mois, puis de moins en moins. Quand il a eu 4 ans, âge limite de la pouponnière, les soeurs l'ont envoyé à l'orphelinat d'Elancourt. Il s'y est très mal adapté : colères, contact difficile avec les autres enfants, tendance à s'isoler; captatif à l'égard de l'adulte. Les retours des vacances passées à Thiais devenaient de plus en plus difficiles : pleurs, opposition, anxiété, cauchemars. En colonie de vacances, même comportement.

Nous voyons l'enfant en Octobre 1962. Il est d'intelligence normale : QI de 110 au Terman.

La direction de la maison maternelle de Thiais accepte de le garder exceptionnellement (malgré les difficultés administratives avec la P.M.I.) pour qu'il ne subisse pas les perturbations d'un nouveau placement avant son admission à Soulins où il sera admis . En septembre 1963, Roland entre au foyer de Soulins, où il vit depuis cette époque. Il s'y intègre très facilement (le foyer renferme un peu plus de 50 enfants d'intelligence normale, ayant des problèmes de comportement).

Un bilan est fait :

En Mai I965, sur le plan scolaire il réussit bien mais ne se donne aucun mal; bon cours de CE2 (il a 8 ans $\frac{1}{2}$); il refuse l'effort personnel; il y a même chez lui des négligences en particulier d'écriture qui sont une manifestation d'opposition qu'on n'arrive guère à modifier. Il apprend vite, s'intéresse à beaucoup de choses mais n'approfondit jamais.

Sur tous les plans il est servi par sa morphologie, par son intelligence et tire parti de toutes ses qualités.

Un parrainage a été tenté grâce à un ménage de 45 ans, mère professeur père représentant de produits pharmaceutiques. Le parrainage à échoué. Roland s'est très vite attaché au père mais n'a jamais accepté de considérer la mère. Celle-ci a été frustrée et a refusé de poursuivre. Il est certain que Roland à un besoin de foyer; il éprouve pourtant une certaine anxiété dans ses relations avec les femmes, surtout dans cette situation de mère éventuelle. La preuve en est que sa réaction au début de ce parrainage a été d'écrire régulièrement, pour la première fois, à sa véritable mère bien qu'il n'en ait jamais reçu de réponse.

La mère a été revue en Mai I965 par le directeur du foyer. Elle lui a déclaré à nouveau (comme elle l'avait écrit quelques jours auparavant à Roland) qu'elle ne pouvait pas s'occuper de Roland et qu'elle le confiait à Soulins comme par le passé Elle n'a aucun projet d'avenir pour lui.

Le I4 décembre I965, le Docteur L... remplace madame CH... dans la tutelle.

O - Les trois dernières observations se rapportent à des enfants pour qui le rejet maternel ne semble pas exister à la naissance; il est secondaire à une séparation subie dans la Ière ou la 2ème année de la vie de l'enfant, sur prescription médicale. Lors de la réinsertion familiale, l'attitude maternelle devant l'enfant fragilisé devient telle qu'elle aboutit chez celui-ci aux mêmes troubles du comportement étudiés dans les observations précédentes.

Observation 16

Jean-Luc KA... 6 ans, nous est adressé en novembre I963 pour des troubles du comportement : rivalité fraternelle, agressivité, turbulence, énurésie-encoprésie secondaires. La tentative scolaire s'avère un échec total.

Jean-Luc est le troisième d'une fratrie de 4. C'est un foyer nord-africain israëlite. Les conditions de logement sont correctes (4 pièces, cuisine); il semble exister d'excellentes conditions familiales : bonne entente parentale - les trois autres enfants s'entendent bien et travaillent normalement en classe.

Jean-Luc a eu un développement psychomoteur normal jusqu'à l'âge de 2 ans : il sourit très tôt, marche à 9 mois, parle vers I4 mois. C'est un enfant calme, affectueux, stable. Il commence à manger tout seul. Enfin il est parfaitement propre de jour et de nuit.

A 2 ans, Jean-Luc est placé à San-Salvadour pour un rachitisme du membre inférieur droit (?). Le placement prévu pour trois mois se prolonge pendant un an pour une raison que nous ne connaissons pas. Pour le bien de Jean-Luc, la maman croit bien faire en acceptant cette prolongation. Elle n'est allée le voir que trois fois, étant donné l'éloignement.

A l'âge de 3 ans, il revient au foyer. Jean-Luc est transformé :

- il ne marche plus, ou très mal; il reste assis, immobile pendant des heures.
- il ne parle pas
- il joue pendant des heures avec ses mains ou bien il accapare tous les jouets sans jouer réellement
- il se colle à sa mère
- il est énurétique-encoprétique nuit et jour.

Trois mois après son retour au foyer, il fréquente l'école maternelle Il y est agressif, coléreux, ne tolérant aucune discipline.

Entre l'âge de 3 ans $\frac{1}{2}$ et 5 ans $\frac{1}{2}$, son comportement ne s'améliore pas. Il réclame toujours sa mère; il pousse des colères violentes à la moindre interdiction;

il se montre jaloux envers ses frères et n'accepte que sa soeur de 3 ans plus jeune que lui qu'il domine. La mère, rigide et perfectionniste, ne supporte plus son fils. Elle a fait plusieurs épisodes dépressifs à cause de lui.

En Cours Préparatoire, Jean-Luc a le même comportement qu'à la Maternelle La directrice de l'école prend l'initiative de nous l'envoyer.

Dans le service :

Il y reste trois semaines; c'est un enfant très infantile, verbalisant beaucoup. Avec les autres enfants il recherche lesplus petits pour être le plus fort; avec les grands il déploie d'une agressivité et une impulsivité extrêmes. Avec les adultes, il a besoin d'autorité pour se tranquilliser. Il se montre captatif avec eux, veut toujours être enbrassé par les femmes.

Dans les activités, il s'intéresse à tout mais refuse systématiquement la difficulté. C'est un enfant pataud qui refuse tout effort musculaire. Il veut rester bébé.

L'énurésie est quasi-quotidienne au début, puis deux parfois trois fois par semaine. On n'a pas remarqué d'accident encoprétique.

QI de 85 au Terman; il paraît d'intelligence normale car il parle avec facilité.

Avec l'accord de la mère, Jean-Luc devait revenir régulièrement en psychothérapie. Il n'en fut rien, et le comportement de l'enfant ne changeant pas, il est revu seulement un an après son hospitalisation. La mère ne le supporte plus.

Il va à l'Aerium de la Faisanderie pendant l'été 1965. Là il se discipline progressivement; il est taquin, se fait aimer des adultes. L'énurésie est intermittente. Dès son retour au foyer en Octobre, son sommeil est agité. L'énurésie est journalière. Ses colères sont souvent violentes. Il entre en C.E.1 et suit très bien son cours. Les rapports entre la mère et l'enfant sont de plus en plus tendus.

Personnage maternel

Mme KA... est extrêmement agressive; elle ne supporte plus que son fils la suive pas à pas. Elle s'énerve violemment, le bas, l'enferme, craint de le tuer;

tout ceci est raconté avec une note d'exaspération mais, de toute évidence, il s'établit entre les deux un lien sado-masochiste . Ceci est le seul moyen pour l'enfant d'attirer l'attention de sa mère qui jamais ne gratifie lorsqu'elle est satisfaite; un silence équivaut à son avis à un compliment.

Le père est passif; il tolère beaucoup mieux Jean-Luc. Il désire qu'il reste au foyer mais il refuse toute attitude où il pourrait être plus autoritaire; il ne veut pas que ses enfants le craignent, lui craignait bien son père et n'a eu que peu de contact avec lui. Il excuse l'attitude de sa femme parce qu'elle est "nerveuse". Il refuse systématiquement toute collaboration.

Jean-Luc est suivi en psychothérapie. Un QI effectué en janvier 1966 montre un chiffre à 91.

Les innombrables petits conflits avec la mère ne varient pas. On lui propose alors un placement pour caractériels avec une intelligence normale. Jean-Luc est accepté à l'I.M.P. de Sées en Juin 1966.

Nous pensons pouvoir dire que cet enfant n'était pas rejeté au départ. Il a eu un développement psycho-moteur tout à fait normal jusqu'à l'âge de 2 ans. Une séparation d'un an fut certainement la cause des troubles du comportement de Jean-Luc. Si la mère avait été prévenue par des personnes compétentes, peut-être aurait-elle trouvé très vite l'attitude affective que réclamait son fils. Trois ans se sont écoulés dans cette atmosphère tendue et nous ne voyons l'enfant que parce que l'agressivité de la mère atteint un degré tel qu'elle risque de le tuer.

C'est le type même du rejet secondaire provoqué par une séparation trop longue. Cette indication proprement médicale aurait pu être écourtée indiscutablement quand on songe aux "troubles psychologiques" encourus par les placements chez des enfants de moins de 3 ans.

Observation 17

Georges FA... 5 ans, 9 mois, est le quatrième d'une famille de 6 enfants.

C'est un enfant de santé normale qui a été l'objet d'une demande de placement à San-Salvadour à l'âge de 2 ans ½. A cette époque les conditions de vie auxquelles

il est soumis sont déplorables : famille de 7 personnes (dont 4 enfants, Georges est le 4è, 2 parents éthyliques et une grand'mère) vivant dans une pièce sans air ni lumière, au rez-de-chaussée. A deux ans Georges ne marche pas, ne parle pas, il présente un rachitisme. Après une brève hospitalisation, il est donc envoyé à San-Salvadour Le séjour prévu se prolonge progressivement de telle sorte qu'il dure 2 ans $\frac{1}{2}$. Les parents ne sont jamais allés le voir mais étaient heureux de recevoir des nouvelles par les infirmières.

Georges a donc 5 ans lorsqu'il rentre au foyer. Pendant son absence deux petits frères sont nés et la famille a été relogée dans un H.L.M. 3 pièces depuis 6 mois. C'est un taudis "aéré" à l'heure actuelle. (L'aide sociale a procuré des lits à la mère qui les a revendus).

Georges ne s'adapte pas au milieu familial; on l'avait oublié. Il manifeste un grand désespoir, refusant de quitter ses infirmières et d'aller avec sa mère qui l'attendait. Il n'a aucun souvenir de sa famille; père, mère, frères et soeurs sont des étrangers qu'il redoute. Il leur manifeste une opposition à chaque occasion et réclame "ses mères" de San-Salvadour. Les parents, frustes, exigeants et peu patients déçus par les caprices de leur fils, sévirent maladroitement et sévèrement. Georges refuse de les appeler papa, maman. Il devient renfermé, craintif, agressif, énurétique, encoprétique.

A l'école maternelle, on note un retard scolaire mais la maîtresse pense qu'il est intelligent; il lui dit qu'il ne veut pas rentrer chez lui le soir. Il est sage avec les autres enfants. Il paraît malheureux à l'Assistante sociale. Georges est ravi de s'entendre dire par elle qu'il viendrait à l'hôpital.

A la première consultation, il refuse de retourner avec sa mère : "je veux rester ici".

Il est mis en observation 2 mois plus tard, aucune place n'étant disponible avant.

Dans le service

Georges est un enfant agressif, assez turbulent. L'adaptation au groupe se fait assez facilement mais il est instable et très captatif à l'égard de l'éducatrice

et des adultes du service. Il s'entend bien avec les autres enfants. Très vite les ennuis sphinctériens disparaissent totalement. Il donne au test un niveau légèrement au-dessous de son âge : 4 ans ½ pour 5 ans. Nous pensons que ses dons intellectuels sont du type niveau limite, néanmoins très compatible avec une vie sociale normale.

Dès qu'il revoit quelqu'un de sa famille ou quelqu'un la lui rappelant (auxiliaire familiale) il manifeste un véritable désespoir, s'accroche à son éducatrice.

Comportement des parents

Le père à 33 ans. Commis aux Halles, il a été renvoyé plusieurs fois de ses emplois pour malhonnetetété.

Ethylique - fuyant - pas de rôle paternel. Très rejetant pour Georges "qui est sale". La mère, éthylique - un peu débile. Elle nous dit avoir eu une enfance très malheureuse, sa mère ne l'aimait pas, la trouvait "trop bête" pour lui apprendre à tenir un intérieur car elle a été réglée très tard, à 17 ans, année de la naissance de sa première fille. Ses frères et soeurs sont bien "établis".

Il est à noter que dans cette famille, qui est en "surveillance éducative" les autres enfants ne donnent pas de difficultés. Ils sont bien adaptés malgré le milieu médiocre et inéducatif. Ils sont très surveillés et envoyés régulièrement en vacances, encadrés dans des groupes divers.

En conclusion :

Les résultats obtenus, excellent état général plus de retard psycho-moteur (sauf léger retard de langage) justifient la fin du séjour à San-Salvadour.
Mais cette trop longue absence a fait oublier à l'enfant toute notion de ses parents de son foyer, de son milieu. Les parents ont été déçus de retrouver un petit étranger. Ils n'ont aucune patience et compréhension, l'enfant aucun élan que crainte et opposition. On ne peut actuellement les réunir. On prévoit le placement de 6 mois maximum de Georges dans une petite maison familiale proche de Paris, où, par visite et courts séjours, on l'habituera progressivement à ses parents, et eux à lui.

Le placement familial n'a pas pu aboutir car l'enfant est trop jeune. Nous le gardons 3 mois pendant lesquels nous favorisons la réadaptation familiale. Il part

chez lui sans crainte. L'assistante sociale surveillera son comportement d'une manière très positive.

Nous ne l'avons pas revu.

Observation 18

Aldo CE... 2 ans IO mois, nous est adressé en novembre I962 pour un gros retard psycho-moteur : parole et propreté non acquises.

C'est le 4è d'une fratrie de 5.

La mère est une personne extrêmement déprimée et très fatiguée par ses grossesses successives et les maladies qu'elle a eues; en particulier, quand Aldo avait 3 mois, elle était enceinte du suivant et avait un syndrome douloureux abdominal qui a nécessité son hospitalisation. Les enfants furent mis en nourrice.

Aldo revient au foyer à l'âge d'un an. La mère trouve que la nourrice ne s'occupait pas bien de lui. Quand elle le reprend il est extrêmement captatif, il crie si on ne le porte pas. Sur le plan alimentaire, il est déjà opposant. La situation n'a évolué depuis que dans un sens : le mauvais lien mère-enfant s'étant considérablement accru, la mère elle-même prend depuis quelques mois une attitude agressive à l'égard de l'enfant. Elle ne cache pas son désir de le tuer à certains moments; i il est sale, méchant, sans aucune affection vis-à-vis d'elle.

Aldo présente un comportement d'opposition habituelle se manifestant à la fois sur le mode oral (refuse de manger, crache ce qu'il vient de manger si on le force) et anal (met ses selles partout) et montre une agressivité évidente à cet égard.

Dans ces conditions il parait nécessaire de prendre l'enfant le plus rapidement possible.

Personnage maternel

Nous avons vu Mme CE?... Elle est lucide et expose très nettement son problème ou plutôt ses difficultés d'habitat depuis qu'elle est mariée. Son mari exerce la profession de maçon. Ils n'ont jamais eu un logement qui leur convenait. Ils ont

déménagé 5 ou 6 fois et ont des demandes de logements dans plusieurs mairies. Actuellement et depuis la naissance d'Aldo, la situation est de plus en plus catastrophique à cet égard. Le patron de Mr CE... les logeait, mais, ayant quitté son emploi, Mme CE... refuse de déménager (puisqu'elle n'a rien d'autre que ces deux minuscules pièces). On rend son appartement de plus en plus inhabitable : fenêtres disjointes, courant électrique coupé, etc... La vie du ménage est très pénible et c'est dans ce climat qu'Aldo a franchi la période de un à deux ans ½. Mme CE... n'est pas psychopathe, elle esl déprimée et paraît intelligente. Les conditions matérielles caricaturales qu'elle décrit semblent effectivement déterminantes.

En salle :

On note chez Aldo un regard vif et intelligent. Il est tout de suite intéressé par tout ce qui l'entoure. Malgré le manque de langage, Aldo a une mimique très expressive et se fait comprendre dans beaucoup de circonstances.

Dès l'arrivée, l'éducatrice lui dit où se trouve le pot et on n'a pas constaté d'ennuis sphinctériens diurnes, mais au début quelques accidents nocturnes.

Son appétit est capricieux certes mais il a pris 600 g en quinze jours.

Il aime jouer et imiter les grands; il est curieux, très affectueux tant avec les autres enfants qu'avec les adultes qu'il embrasse souvent. Il aime rendre service. Il veut qu'on s'intéresse à lui.

A son entrée, un test de Borel-Maisonny indique un âge mental de 2 ans. Il est plutôt maladroit mais coopératif.

Deux mois après son entrée, le test est refait. Aldo a acquis des gestes précis, son intérêt a effectuer les épreuves est manifeste. Devant une difficulté, il ne persévère pas mais réclame l'aide de l'adulte. On trouve globalement un âge mental normal pour son âge.

La mère n'est venue voir son fils que deux fois pendant son séjour de 2 mois ½ à l'hôpital. La première fois elle fut très étonnée de le voir si joyeux. Elle ne l'avait jamais vu rire ou sourire. Elle lui manifesta une certaine froideur . A sa dernière visite, quand elle lui annonça son départ, Aldo lui tendit la main, lui qui embrassait tout le monde !

Il n'y a pas de doute que nous nous trouvons devant un conflit mère-enfant. Les progrès encourageants constatés chez Aldo, l'attitude de la mère envers lui nous ont incité à placer l'enfant à l'I.M.P. de la Faisanderie pour six mois.

Par la suite, nous avons été très surpris d'apprendre que la mère s'est totalement détachée de son fils. Régulièrement elle recevait des bulletins de santé. Il n'y a jamais eu de sa part une réponse quelconque. Pendant quelque temps elle est allée le voir une fois par mois. Aldo fit des progrès très encourageants. Deux mois après son admission, la propreté était acquise.

Le séjour fut prolongé. L'indifférence des parents pour cet enfant fut extrême Pendant plus de deux ans, ils ne sont jamais allés le voir; ils n'écrivaient pas. Seuls les bulletins de prise en charge furent envoyés.

En juin 1966, c'est-à-dire trois ans après son admission là-bas, le directeur ne pouvant plus garder l'enfant, trop âgé pour son établissement, écrivit plusieurs fois aux parents pour connaître leurs intentions au sujet de leur fils. Seule une lettre recommandée, signifiant que le cas serait exposé au Juge d'Enfants en cas de non-réponse, a fait manifester Mme CE... par une lettre agressive expliquant qu'elle reprendrait son enfant.

Aldo est un enfant intelligent. Voici le résultat d'un test effectué quelques mois avant son départ pour la Faisanderie :

Test de Terman : QI = 90.

" Vivacité d'esprit - curiosité intellectuelle - excellente mémoire".

Le Q.I. obtenu est un Q.I. minimum. Dans le résultat, interfèrent d'une part les manifestations caractérielles, d'autre part les lacunes d'information générale en raison d'une vie en internat depuis plus de trois ans.

Les manifestations caractérielles sont très vite apparues à l'examen. L'enfant ne supporte aucune contrainte : indépendant, volontaire, tenace, veut obtenir immédiatement ce qu'il désire. Conduites oppositionnelles lorsqu'il ne le peut - Réactions caractérielles devant une tâche un peu plus difficile et le risque d'échec.

L'adaptation sociale satisfaisante observée dans le groupe d'enfants où il se trouve semble en fait très apparente, superficielle. Elle est dûe à sa situation

particulière dans ce groupe. Il est à craindre que tout changement laisse apparaître à nouveau les troubles du caractère et du comportement.

La personnalité profonde de cet enfant semble se structurer sur un mode rigide Enfant très renfermé contrôlé - Observation de petites manies de type obsessionnel.

Evolution difficile à prévoir et nécessité d'un traitement psychothérapique."

Après plusieurs contacts parents-enfant , Aldo est retourné au foyer en juillet 1966. Il lui faudrait un climat familial chaleureux de la part des parents des frères et soeurs, de la patience, de la compréhension, de l'affection.

La réinsertion familiale faite avec certaines garanties de réussite et de collaboration des parents semble alléatoire.

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

Il ressort que la carence affective maternelle est prépondérante dans la génèse des troubles du comportement des enfants étudiés et suivis dans le service, carence maternelle ayant entraîné dès la naissance des placements ininterrompus Parmi les I8 enfants :

- I0 d'entre eux intègrent le foyer à 4 ans, 4 ans $\frac{1}{2}$
- 3 vers l'âge de 2 ans $\frac{1}{2}$
- 3 vivent encore en nourrice au moment de la consultation.

Les travaux de ceux qui, les premiers, ont apporté une vive lumière sur cette attristante pathologie remontent à 25 ans environ.

- Les uns comme SPITZ -(à la suite de DURFEE et WOLF, de GRINDL à Vienne) comme GOLDFARB, Anna FREUD et BURLINGHAM, SIMONSEN ont étudié psychologiquement et comparé des groupes d'enfants élevés dans des conditions différentes, soit avec leur mère soit en collectivités.

- Les autres (comme LEVY-BOWLBY, GOLDFARD, HEUYER) on scruté l'anamnèse d'adolescents délinquants et ont cherché à isoler les facteurs nocifs les plus communément retrouvés dans leur passé.

Tous ont insistés sur la gravité de la succession des milieux pour le développement de la personnalité de l'enfant. Plus les changements sont précoces et moins le moi a la possibilité de se constituer par internalisation des imagos parentales. Le désarroi qui en résulte est infiniment plus grave qu'on peut l'imaginer car ce sont les bases mêmes de la vie psychique qui se dérobent constamment.

On comprend que les changements de milieu puissent à eux seuls créer une insécurité que traduisent un état dépressif ou des reactions d'insatisfaction survenant sur un fond mental très faible et très labile. Ces réactions entraînent des rejets successifs ou d'autres placements qui structurent les troubles et s'opposent encore au renforcement du moi.

Le groupe d'Ethnologie Sociale (C.N.R.S.) sous la direction de Madame CHOMBARD DE LAUWE, a défini un seuil dangereux au niveau de 4 milieux différents; les enfants ayant vécu dans 2 ou 3 milieux successifs étant déjà plus atteints que ceux qui sont restés auprès des mêmes personnes.

Certaines de nos observations ont à ce point de vue un caractère véritablement caricatural (Bruno CH... Muriel BO...) où l'on note jusqu'à 7 placements différents ; la moyenne étant de 4 pour l'ensemble des sujets observés.

A/ PERSONNALITE DES ENFANTS

La plupart des enfants étudiés présentent le même tableau à peu de chose près : faiblesse du moi, absence de contrôle, pauvreté affective, inaptitude à nouer des relations sociales normales. Deux attitudes les caractérisent : soit l'indifférence ou plutôt la carapace d'indifférence sous laquelle se cache une réelle souffrance soit au contraire un besoin intense de dépendance. Dans le premier cas, l'apathie, l'absence de modulation affective, l'insouciance apparente dominent. Dans le second, un besoin insatiable d'affection, une affectivité plutôt "collante". Chez tous, la même insatisfaction ; la même intolérance aux frustrations. Chez beaucoup d'entre eux des décharges agressives, des colères, parfois des manifestations compensatoires : boulimie, jeux sexuels, mythomanie pour échapper aux frustrations et à l'insécurité.

Ce tableau clinique est celui qui a été décrit à maintes reprises dans les ouvrages consacrés aux enfants privés de soins maternels. Nous développerons particulièrement les deux manifestations caractérielles les plus constantes chez les enfants observés, à savoir l'agressivité et l'angoisse. Enfin, nous étudierons les solutions thérapeutiques apportées à chaque cas.

1°) L'agressivité

Dans I4 observations l'agressivité est le principal motif de la consultation. Cette agressivité apparaît dès la réinsertion familiale; elle est presque toujours dirigée contre la mère car elle vise à attirer l'attention de celle-ci, à affirmer l'existence de l'enfant, à le rassurer sur la solidité des sentiments maternels. Souvent l'enfant quête la sollicitude de sa mère par tous les moyens qui sont à sa

portée : les difficultés alimentaires, les ennuis sphinctériens en sont les exemples caractéristiques (à la 1ère consultation, 9 enfants sont énurétiques - encoprétiques).

L'hostilité se traduit également par des crises de colère, des actes de violence ou, chez les enfants plus âgés, d'expressions verbales grossières. Les reproches et les traumatismes affectifs venant de la mère provoquent un surcroît d'agressivité qui aggrave encore le conflit mère-enfant. L'attitude rejetante devient de plus en plus apparente et violente : le cercle vicieux est amorcé.

Parfois, l'agressivité se généralise à tous les adultes et à la fratrie. Pour l'enfant c'est un élément de valorisation où il retrouve un certain dynamisme. A l'école, le maître représente pour lui l'autorité et évoque sa mère. Il y a un transfert affectif des émotions habituellement provoquées par elle : l'autorité du maître devient intolérable et la continuité de cette réaction s'effectue comme un réflexe inconscient. Dans certains cas, l'enfant peut chercher à s'affirmer par un refus total du travail scolaire et de toute discipline. Cette opposition est une révolte et une agression contre les valeurs éducatives ressenties comme hostiles Sur I4 enfants scolarisables, 6 se sont fait renvoyer définitivement de l'école qu'ils fréquentaient. On note un retard scolaire chez les autres enfants. Certains auteurs (Clément LAUNAY et Coll. J. ROUART) ont souligné à plusieurs reprises qu'un enfant bien doué intellectuellement mais très perturbé dans son évolution affective ou par sa situation familiale risque de mal s'adapter à l'école et de devenir un "retardé scolaire". Il est certain que l'enfant ne réalise pas qu'il reproduit dans sa relation avec le maître le passé vécu avec sa mère.

Dans certaines de ses manifestations l'agressivité n'est pas différente de celle que l'on rencontre dans les autres formes de frustration; mais elle en diffère dans ses motivations, dans son objet, car elle est nettement dirigée contre la mère et secondairement contre tout substitut de l'image maternelle ce qui entraîne, dans la plupart des cas, une mauvaise adaptation sociale dans l'avenir de l'enfant. Ch PASQUIER et M. MAUBERT le soulignent particulièrement dans leur étude " des réactions psychologiques de l'enfant né hors mariage et plus ou moins rejeté".

Cette attitude agressive, incompatible avec leur désir d'amour et de sécurité, engendre angoisse et dépression.

2°) L'angoisse

Elle est presque constamment retrouvée dans nos observations. Chez certains enfants elle s'extériorise d'une façon manifeste par une hyperémotivité considérable une anxiété profonde à l'approche de toute personne étrangère. Toute nouvelle situation entraîne un sentiment profond d'insécurité. Chez d'autres enfants elle n'est pas aussi explicite, mais elle se dissimule sous un masque, par des manifestations que Ch PASQUIER et M. MAUBERT qualifient "d'équivalents de l'angoisse" : instabilité psycho-motrice, troubles du sommeil, mythomanie. Pour l'enfant c'est un moyen d'échapper à cette anxiété, de se créer une vie propre un peu fantasque et désordonnée. Pour Ch OLIER et G. GUEX qui se sont particulièrement penchés sur ce problème, l'angoisse est un sentiment presque permanent chez l'abandonné.

Dans nos observations, tous les enfants qui ont été suivis en psychothérapie expriment très vite des thèmes de l'abandon. En salle, ils sont captatifs avec l'éducatrice, ils montrent parfois une jalousie intense vis-à-vis des autres enfants. Les interdits entraînent parfois la réapparition des troubles du comportement. Il est certain que, si une rééducation et une séparation du milieu familial ne sont pas entreprises assez tôt, le sentiment d'abandon peut aboutir à la névrose. E.H. ERIKSON a montré comment "les enfants deviennent névrotiques, non pas à cause des frustrations mais à cause d'une absence ou d'une perte de la signification sociale de ces frustrations."

3°) Solutions thérapeutiques

C'est en nous basant sur les troubles caractériels, souvent très importants que présentaient les enfants observés que nous avons entrepris traitement et rééducation; celle-ci a pour but d'apaiser l'angoisse de l'enfant en le soustrayant à l'ambiance familiale et par là même de diminuer son agressivité.

Après un certain temps, les enfants amorçent une évolution s'épanouissent, parviennent à un niveau d'intégration plus élevé de leur personnalité. Cependant, les fixations profondes demeurent, bien que leur pouvoir d'attraction ait diminué et qu'elles aient été recouvertes par des structures plus évoluées. Insistons sur un point, les résultats obtenus restent fragiles, les rechutes sont à craindre comme il nous a été possible de le constater après un essai de réinsertion familiale chez

plusieurs enfants. Dans tous les cas nous avons été obligés de prendre des mesures "psycho-sociales". Deux solutions se sont offertes :

- le placement nourricier
- l'I.M.P.

A - PLACEMENT NOURRICIER

Quatre enfants en bénéficient. Nous revoyons le jeune Bruno CH... huit mois après son placement, son état nécessite une surveillance plus étroite.

B - I.M.P.

Si les troubles du caractère sont fortement réactionnels (la plupart de nos observations) et deviennent difficilement tolérables à l'entourage le mieux disposé, c'est à l'institution spécialisée qu'il faut diriger l'enfant. Les établissements pour le traitement des enfants caractériels sont encore beaucoup trop rares, qu'il s'agisse de maisons d'observation et d'éducation à court terme (Vitry) ou d'institutions à long terme. Le temps pour y accéder est long. Ce manque de disponibilité sur le plan institutionnel est un handicap sérieux au traitement judicieux d'un caractériel qui aurait pu être dépisté à temps.

Les I.M.P. pour enfants difficiles reçoivent essentiellement des sujets d'intelligence normale (Q.I. au-dessus de 90) dont le comportement pathologique est mal accepté au foyer, à l'école; enfants opposants, agressifs, indisciplinés, chapardeurs. Il s'agit plus spécialement d'enfants qui sont perturbés depuis leur naissance par des circonstances éducatives et affectives défavorables.

11 enfants ont bénéficié de cette mesure :

- 5 à la Faisanderie à Compiègne
- 3 à Sées
- 2 à Soulins
- 1 à Vercheny.

3 enfants ont séjourné au Graçalou, 1 à Hendaye en attente d'une place en I.M.P. En général ils se sont bien adaptés. L'I.M.P. est une des solutions les moins traumatisantes pour les cas qui nous intéressent.

En effet, l'I.M.P. en intégrant l'enfant dans un groupe de camarades semblables à lui, en l'encadrant par un personnel compréhensif et au courant des problèmes psycho-affectifs, permet habituellement une amélioration avec rattrapage scolaire et stabilisation du comportement au bout de deux à trois ans .

Nous avons été obligés de diriger le jeune Bruno CH... en maison psychiatrique à Clermont. Le diagnostic de psychose est incertain.

B/ PERSONNAGE MATERNEL - SITUATION FAMILIALE

Il ne nous est pas toujours aisé de recueillir certains renseignements, en particulier psychologiques concernant la mère ou les parents. Dans certains cas après plusieurs entrevues confidentielles, la mère parle franchement dans d'autres elle ne manifeste qu'un mutisme que l'on ne peut qu'admettre.

Les enfants étudiés appartiennent à 2 catégories :

I - Celles des mères seules pendant la période de la naissance :

11 cas dont : - 4 se marient un ou deux ans après avec un homme autre que le père de l'enfant.
- 1 épouse le père quatre ans plus tard.
- 3 mères célibataires ayant plusieurs enfants de pères différents
- 2 femmes divorcées ayant eu leur enfant hors mariage.
- 1 femme voit régulièrement le père de l'enfant mais ne vit pas avec lui puisqu'il est marié.

II - Celles des foyers stables au moment de la naissance :

- 7 cas de cette catégorie.

I - Le premier groupe est un aspect fréquemment observé. Il représente 60 % des cas de "carences maternelles" étudiés par Madame J. AUBRY à Paran-de-Rozan. Le plus souvent, il s'agit de mères célibataires ne sachant que faire de leur enfant après la naissance. Elles se placent comme employée de maison ou en usine. La plupart

d'entre elles ne peuvent assumer la double tâche : travailler pour vivre et élever leur enfant. Elles le placent ici ou là pour une durée imprévisible. Lorsque la nourrice ne reçoit pas régulièrement le paiement l'enfant est retiré, puis change de placement en raison des sentiments impulsifs de la mère, des bouleversements matériels et sentimentaux intervenus dans sa vie.

La plupart de nos mères célibataires et en particulier celles qui ont plusieurs enfants, se comportent en "débiles sociales": peu scolarisées, sans qualification professionnelle, sans perspective et incapables de réactions adaptées. Certaines n'ont jamais vécu une atmosphère chaleureuse et affective dans leur première enfance et leur adolescence : absence de la mère, du père, foyer désuni. Dans ce cas l'enfant est reçu et intégré par une personnalité qui vit sa relation avec lui en fonction de ses conflits, de ses carences et de ses fixations propres.

Dans trois cas, la mère a été elle-même rejetée par ses parents au moment de la grossesse, se débattant au milieu de problèmes matériels et psychologiques intenses. Deux mères auraient voulu abandonner l'enfant dès la naissance. Les idées contraires de personnes "bien intentionnées", les préjugés insensés qui existent encore à ce sujet, n'ont offert à l'enfant qu'une vie cahotique sans substitut maternel valable compromettant tout son avenir.

Lorsque la mère se marie avec un autre homme que le père de l'enfant et que celui-ci intègre le foyer (à 4 ans dans nos observations), d'autres problèmes se posent à la mère, elle guette le comportement de son enfant dans chaque circonstance de sa vie, elle redoute les conséquences éventuelles d'une hérédité paternelle, elle veut l'enfant parfait pour cet homme qui a bien voulu l'épouser "quand même". Son angoisse déguisée sous des principes éducatifs rigides entraîne chez l'enfant une réaction agressive. Elle a peur, sans raison le plus souvent, pour l'équilibre de son ménage qu'elle veut sauver à tout prix et finit par éloigner cet enfant indésirable.

Dans une étude faite au Centre d'Observation des Tilleurs à Angers, Ch. PASQUIER et M. MAUBERT ont souligné l'attitude de la mère célibataire mariée à un autre homme que le père de l'enfant : attitude polymorphe; mais chez toutes on relevait une ambivalence et une culpabilité intense non résolue qui servait de support

à leur angoisse, et de cause réelle à leur carence affective qui peut, quand elles en ont conscience, augmenter leur culpabilité et par là même très souvent le rejet.

En décembre I966, lors du Symposium sur les mères célibataires au C.I.E., on a beaucoup parlé de leur psychologie, leur statut socio-culturel, les difficultés qu'elles rencontrent avec la venue de l'enfant. Mais n'est-il pas abusif, en France tout au moins, de faire une"ségrégation sociale" de ces mères ? En général leurs problèmes ne diffèrent pas de ceux que l'on rencontre dans des foyers de classes socio-culturelles identiques.

II - Dans les foyers, les raisons de placement sont plus complexes. Mise à part la maladie prolongée de l'un des deux parents (observation 3 de Philippe WI...) il existe communément un comportement particulier à bien des familles "économiquement faibles" les deux conjoints sont instables, changent de métier, d'occupation, parfois de partenaires. Ils sont inaptes à prévoir l'avenir, et l'organisation de la vie de l'enfant est soumise au hazard.

Les conditions de logement sont parfois déplorables et caricaturales. En I965 Madame CHOMBARD de LAUWE rapporte une enquête portant sur les enfants suivis en Pédo-psychiatrie dans la région parisienne :

- dans 6 % des familles on loge à une personne par pièce
- dans I0 % il y a plus de 5 personnes par pièce
- dans 50 % il y a 2 - 3 personnes par pièce.

Dans son livre intitulé "l'enfant arriéré et sa mère" Maud MANNONI souligne que "ces difficultés matérielles, auxquelles s'ajoutent aussi l'ignorance complète de tout planning familial accentuent les sentiments négatifs de la mère devant une nouvelle naissance. De plus il arrive souvent que ces difficultés aggravent la tâche de la mère et finissent par créer des situations que l'on pourrait désigner du terme paradoxal mais certainement justifié "d'hospitalisme familial".

Mais les difficultés matérielles ne sont pas obligatoirement à l'origine de soins maternels défectueux. Dans bien des foyers de conditions modestes, les enfants s'épanouissent de façon satisfaisante voire excellente. A ce sujet BOWLBY rapporte une étude du juriste THEIS datant de I924 sur la réadaptation sociale de

à leur angoisse, et de cause réelle à leur carence affective qui peut, quand elles en ont conscience, augmenter leur culpabilité et par là même très souvent le rejet.

En décembre I966, lors du Symposium sur les mères célibataires au C.I.E., on a beaucoup parlé de leur psychologie, leur statut socio-culturel, les difficultés qu'elles rencontrent avec la venue de l'enfant. Mais n'est-il pas abusif, en France tout au moins, de faire une"ségrégation sociale" de ces mères ? En général leurs problèmes ne diffèrent pas de ceux que l'on rencontre dans des foyers de classes socio-culturelles identiques.

II - Dans les foyers, les raisons de placement sont plus complexes. Mise à part la maladie prolongée de l'un des deux parents (observation 3 de Philippe WI...) il existe communément un comportement particulier à bien des familles "économiquement faibles" les deux conjoints sont instables, changent de métier, d'occupation, parfois de partenaires. Ils sont inaptes à prévoir l'avenir, et l'organisation de la vie de l'enfant est soumise au hazard.

Les conditions de logement sont parfois déplorables et caricaturales. En I965 Madame CHOMBARD de LAUWE rapporte une enquête portant sur les enfants suivis en Pédo-psychiatrie dans la région parisienne :

- dans 6 % des familles on loge à une personne par pièce
- dans I0 % il y a plus de 5 personnes par pièce
- dans 50 % il y a 2 - 3 personnes par pièce.

Dans son livre intitulé "l'enfant arriéré et sa mère" Maud MANNONI souligne que "ces difficultés matérielles, auxquelles s'ajoutent aussi l'ignorance complète de tout planning familial accentuent les sentiments négatifs de la mère devant une nouvelle naissance. De plus il arrive souvent que ces difficultés aggravent la tâche de la mère et finissent par créer des situations que l'on pourrait désigner du terme paradoxal mais certainement justifié "d'hospitalisme familial".

Mais les difficultés matérielles ne sont pas obligatoirement à l'origine de soins maternels défectueux. Dans bien des foyers de conditions modestes, les enfants s'épanouissent de façon satisfaisante voire excellente. A ce sujet BOWLBY rapporte une étude du juriste THEIS datant de I924 sur la réadaptation sociale de

9I0 adultes parmi lesquels 95 sujets avaient passé 5 ans ou plus en institution et 84 avaient dans leur foyer de milieu social comparable, médiocre ou mauvais. Le premier groupe donnt 34 % d'inadaptés dont I5 % de délinquants alors que dans le second groupe on trouve I8 % d'inadaptés dont 7 % de délinquants. La différence est significative.

A ce propos cet auteur écrit "qu'il est fréquent encore de croire que retirer l'enfant de sa famille est la solution de bien des problèmes familiaux sans que l'on prenne conscience de la gravité de la mesure et sans que l'on ait le moindre plan d'avenir. On oublie trop facilement quelle responsabilité l'on prend pour sa santé et son bonheur à venir et que l'on risque pour lui l'infirmité caractérielle définitive".

Cependant un certain nombre de foyers sont capables de s'occuper matériellement de leurs enfants sans leur apporter l'ensemble de stimulations affectives et psychomotrices qu'ils réclament. Cela provoque dans la plupart des cas les troubles caractériels que nous connaissons bien. Ces comportements de rejet maternel, à peine conscient peuvent avoir différentes causes : infantilisme (observation I) débilité mentale (observations I0 et I4) situation sociale ou conjugale difficile (la majorité des observations). Souvent il s'agit de mères névrosées et mal équilibrées. "De telles conduites parentales produisent par la suite leur lot de comportements asociaux, ocmportements dont l'origine est moins organique que fruit de la réaction à une situation familiale pathogène" (Maud MANNONI); dans un grand nombre de cas le couple parental offre l'image même de la résignation. Les parents n'ont pas en eux de quoi faire vivre leur enfant qui, dès le départ, est condamné à un certain état de désespérance et voués au non-sens le plus total". François MAURIAC a très bien su nous décrire cet état de "désespérance" chez un en enfant de 11 ans dans un roman intitulé "Le Sagouin" (Plon I95I)

Quoi qu'il en soit, l'attitude rejetante s'avère être du même ordre chez les femmes mariées et chez les femmes seules au moment de la naissance de l'enfant. Dans la plupart de nos observations (13 sur 18) nous trouvons des mères dont le comportement instable, vélléitaire, parfois très infantile ou névrosé, apparaît à l'évidence. Elles-mêmes ont vécu une enfance profondément troublée; elles sont avec leur enfant ce qu'on a été avec elles quand elles étaient elles-mêmes enfants. Le Docteur

Cl LAUNAY a souvent insisté sur ce phénomène en cascade "on voit que s'y mêlent à la fois des transmissions héréditaires de certains traits de caractère et de comportement dans la vie, et une attitude éducative qui se produit inévitablement à travers plusieurs générations". Le Professeur HEUYER affirme que "les trois quarts des familles dissociées et des filles mères ont une hérédité psychopathique".

C O N C L U S I O N S

1°) Nous rapportons I8 observations d'enfants examinés pour la première fois entre 3 et 7 ans et suivis pour la plupart pendant plusieurs années, qui, admis en pédo-psychiatrie pour troubles du comportement et de la personnalité, ont été reconnus comme étant l'objet d'une réjection maternelle plus ou moins formelle. Les mères ont été également examinées et suivies, et leur comportement à l'égard de leur enfant a été observé; la plupart d'entre elles nous sont connues depuis plusieurs années, et c'est seulement en nous fondant sur ces cas longuement étudiés que la notion de rejet a pu être formulée sans conteste.

2°) Le tableau clinique observé chez les enfants est à peu près constamment celui qui a été décrit à maintes reprises dans les ouvrages consacrés aux enfants privés de soins maternels :

- instabilité - agitation
- inaptitude à nouer des relations sociales
- déviation dans le développement de la personnalité.

3°) Nous nous sommes surtout interrogés sur le comportement mental de ces mères rejetantes.

- 11 femmes étaient seules au moment et après la naissance de l'enfant. Elles l'ont aussitôt placé en nourrice. Aucune d'entre elles n'avait fait de projet pour l'avenir de cet enfant.

- 7 autres femmes étaient mariées; le foyer s'est maintenu jusqu'à l'époque actuelle. Malgré cette situation stable, l'attitude rejetante s'avère être du même ordre que dans les cas précédents; le comportement des enfants est le même.

Dans 5 cas, on peut dire que l'enfant n'était pas désiré mais dans tous les cas un placement est intervenu très tôt dans la vie de l'enfant, et le retour avec la mère a été suivi de troubles du comportement. La réinsertion familiale n'a pu se faire. C'est à ce moment que le lien entre la mère et l'enfant s'est rapidement détérioré.

Dans les 2 groupes nous trouvons des femmes dont le comportement instable vélléitaire parfois très infantile ou névrosé apparaît à l'évidence. Ce groupe représente I3 de nos observations.

4°) Deux faits nous paraissent dignes d'être soulignés :

- le caractère dissimulé du rejet est toujours partiel, toujours lourdement culpabilisé. Quand l'enfant a dépassé un an, l'idée même de l'abandon ne peut en pareil cas être envisagée.

- il existe une évolution chronologique constante qui conduit presque inévitablement d'une non-acceptation initiale de l'enfant par la mère, à un conflit violent qui se manifeste quand l'enfant a 3 ou 4 ans : un cercle vicieux s'est créé du fait de l'aggravation des troubles du comportement chez l'enfant en bas âge et de l'absence d'un lien affectif entre la mère et l'enfant pendant les premières années de celui-ci Le drame éclate quand l'enfant est réinséré dans le milieu familial.

Vu, le Président de Thèse :

Pr. LAUNAY

Vu, le Doyen de la Faculté :

Pr. BROUET

Vu, et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

AJURIAGUERRA et coll.
Etude d'un groupe d'enfants dysphasiques.
Rapport du Symposium de l'Association de Psychologues Scientifiques de langue française. Neuchatel en I962

Dr AMADO
Mérhode psychologiques, pédagogiques et sociales en psychiatrie infantile
Editions de l'Institut National d'Hygiène à Paris en I962

AUBRY J.
Les formes graves de carence de soins maternels.
Evolution Psychiatrique Fasc. 1 I955

BERGIER J.
Carence maternelle et ses lointaines conséquences
Paris n° 41 I96I

BERNSTEIN R.
Unmarried parents and their families.
Child Welfare I966 n° 4

BOWLBY J.
Soins maternels et santé mentale.
O.M.S. Monographie

CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE
Symposium sur les problèmes posés par les mères célibataires.
Décembre I966

CHOMBARD DE LAUWE (Mme)
Psycho-pathologie sociale de l'enfant inadapté.
Edition du C.N.R.S. I959

EMERY C. HAUZEN et EA SAND
Enfants désirés et non désirés
Enfance I962 n° 2

FORSSMAN H. et THUWE I.
Acta Pstchiatrica Scandinavia Vol 42 fasc. I I966

GUEX G.
La névrose d'abandon
I volume Paris P.U.F. Edition I950

HEUYER G.
Enquête sur la délinquance juvénile (étude de 400 dossiers)
Pour l'enfance"Coupable" I942

LAUNAY C.
Retard et régressions affectives dans la première enfance
Archives Françaises de Pédiatrie I943 Tome I n° 4

Retard du langage et affectivité
Revue Neuro-Psychiatrie Infantile n° 9 et I0

Les problèmes de l'adoption
L'Ecole des Parents - I963 n° 4 Paris

La délinquance Infantile et Juvénile
XIXè Congrès de l'Association des Pédiâtres de Langue Française Paris I963

Carences de soins maternels dans la petite enfance.
La Semaine des Hôpitaux n° I6 30 avril I956

Dyslexie et affectivité.
Acta Paedo Psychiatrica I964 volume 31 Fascicule 9.

L'hospitalisme en pédiatrie.
Revue du Praticien n° I8 Juin I965

MANNONI M.
L'enfant arriéré et sa mère
Editions du Seuil.

PASQUIER CH. MAUBERT M. et DESHAYES
Etude des réactions psychologiques de l'enfant né hors mariage et plus ou moins rejeté

Le rejet par la mère de l'enfant né hors mariage.
Revue de Neuro-psychiatrie Infantile I963 n° 11-12 Paris.

PIGEAUD H., BERGNES H. et SULLES J.
Attitude devant la maternité
Population I966 n° 2

POROT M.
Le père est-il encore nécessaire ?
Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale n° 3 I957

QUEMADA N.
Maternage et adoption
I963 Imprimerie R Foulon et Cie - Paris.

ROTHENBACH Mlle, DEGOURMOIS Mme, J. ZULLIG Mlle.
Contribution à l'étude des troubles caractériels chez l'enfant dus à une carence maternelle
Paris n° 41 I96I

SAGIPANTI
Conséquences de l'abandon affectif pour l'enfant.
Riv. Sper Fremat. Août 1956, n° 3.

SIEBERT S. et SUTTER J.
Attitudes devant la maternité
Population 1963 n° 4

SPITZ
La première année de la vie de l'enfant. Génèse des premières relations objectales. P.U.F. 1958

TRELAT P.
Déficienses intellectuelles et troubles du comportement à l'école, mesures appropriées
Revue du Praticien II Sept. 1962

VALABREGNE C.
Enfants souhaités et enfants subis.
Cahiers de l'enfance 1959 n° 54

L'ENFANT MAL AIME
Tribune de l'Enfance - Décembre 1965.

agemp
EDITIONS
40 R. Pascal
PARIS 13e
TELEPHONE
535:18—93
535:18—62